

# **Lindrundet av en minnessjuk patients lidande på en akutavdelning**

En kvalitativ litteraturstudie

Maria Carlander

Examensarbete

Vård

2015

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård
Identifikationsnummer:	5052
Författare:	Maria Carlander
Arbetets namn:	Lindrandet av en minnessjuk patients lidande på en akutavdelning
Handledare (Arcada):	Jari Savolainen
Uppdragsgivare:	Dals sjukhus, avdelning 1
<p>Sammandrag:</p> <p>Den föråldrade befolkningen i Finland medför en ökad andel dementa patienter på de akuta sjukhusavdelningarna. I dagens läge beräknas det att upp till en tredjedel av bäddplatserna upptas av denna patientgrupp. Vården av en dement patient ställer höga krav på vårdaren, speciellt i en akut miljö. Detta examensarbete är en kvalitativ litteraturstudie, vars syfte är att öka kunskapen om en god vård av dementa patienter på en akutavdelning. Forskningsfrågorna är indelade i två olika huvudteman, den första frågan innebär kartläggning av situationer som kan aktivera en minnessjuk patients lidande och den andra forskningsfrågan ämnar besvara och ge konkreta exempel på hur vårdaren bättre kan minska förekomsten av lidande hos dementa patienter på en akutavdelning. Som arbetet teoretiska referensram används vårdteoretiker Katie Erikssons syn på lidande. Enligt Eriksson består lidandet av tre dimensioner: sjukdomslidande, vårdlidande samt livslidande. Metoden som används i detta examensarbete är deduktiv kvalitativ innehållsanalys. Till innehållsanalysen valdes 13 vetenskapliga artiklar samt en bok. Utifrån lidandesynvinkel analyserades materialet för att få reda på situationer som kan förorsaka sjukdomslidande, vårdlidande samt livslidande hos en minnessjuk patient. För den första forskningsfrågan bildades det sammanlagt 129 kategoriseringsfraser som vidare delades in i 17 kategorier. Kategoriseringsfaserna fördelades på följande sätt: 16,8 % av situationerna orsakade sjukdomslidande, 62,79 % vårdlidande och 20,93 % livslidande. Sjukdomslidande kategoriserades i förvirring, andra somatiska och psykiska tillstånd, medicinering, symptom relaterade med demens samt smärta. Vårdlidande kategoriserades i kommunikation, relationen, begränsning, vårdarnas attityder, utelämnning av patienten, icke-holistisk vård samt vårdarnas kunskapsbrist. Livslidande kategoriserades i kommunikation, förändrad livssituation, kränkt identitet samt bakgrunden. För den andra forskningsfrågan söktes svar ur materialet. Resultatet föreslår att patientens lidande kan minskas genom behandling av beteendeförändringar, vårdarnas utbildning samt förbättring av deras attityder, aktiviteter för patienterna, lugnare sjukhusmiljö samt personcentrerad vård.</p>	
Nyckelord:	Demens, lidande, akutavdelning, minnessjukdom
Sidantal:	38
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	21.4.2015

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing
Identification number:	5052
Author:	Maria Carlander
Title:	Relieving suffering in patients with dementia on an acute hospital ward
Supervisor (Arcada):	Jari Savolainen
Commissioned by:	Laakso hospital, ward 1
<p>Abstract:</p> <p>The ageing population in Finland is causing an increase of patients with dementia on acute hospital wards. It's estimated that up to a third of the hospital beds is taken up by this patient group. Nursing a patient with dementia has its difficulties especially on an acute ward. This Bachelor thesis is a qualitative literature study that aims to raise awareness of how to achieve good quality care of people with dementia on acute wards. The research questions are divided into two main categories. The first research question aims to find situations that cause suffering in people with dementia on acute wards. The second research question aims to look for suggestions on how to relieve the suffering. Katie Eriksson's approach on suffering is used as the theoretical framework in this thesis. According to Eriksson suffering can be divided into suffering caused by illness, suffering caused by nursing and suffering caused by life. The method used in this thesis is deductive content analysis. For the first research question 129 category phrases were found. These were split up in 17 categories. The phrases were divided between the different kinds of suffering as follows: 16,8 % suffering caused by illness, 62,79 % suffering caused by nursing and 20,93% suffering caused by life. For suffering caused by illness these causes were found: confusion, state caused by other somatic or psychological reasons, medicine, symptoms caused by dementia and pain. For the second group, suffering caused by nursing, these categories were created: communication, the relation between the patient and the nurse, limitation of the patient, nurses' attitudes, exclusion of the patient, non-holistic caring and the lack of knowledge among nursing staff. For the second research question answers were searched from the material used for the first research question. The result suggests that the suffering of patients on acute hospital wards can be: caring for behavioural changes, educating the nursing staff and improving the nurses' attitudes, activities for the patients, a more comfortable hospital surrounding and person-centred care.</p>	
Keywords:	Dementia, suffering, acute ward, memory disease
Number of pages:	38
Language:	Swedish
Date of acceptance:	21.4.2015

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma
Tunnistenumero:	5052
Tekijä:	Maria Carlander
Työn nimi:	Muistisairaahan potilaan kärsimyksen lievittäminen akuutilla osastolla
Työn ohjaaja (Arcada):	Jari Savolainen
Toimeksiantaja:	Laakson sairaala, osasto 1
<p><b>Tiivistelmä:</b></p> <p>Suomen ikääntyvä väestö lisää myös dementoituneiden potilaiden määrää akuuteilla sairaalaoosastoilla. Laskelmien mukaan jopa kolmannes vuodeosastopaikoista täyttyy tämän potilasryhmän potilaista. Dementoituneen potilaan hoito asettaa korkeita vaatimuksia hoitohenkilökunnalle varsinkin akuutissa ympäristössä. Tämä opinnäytetyö on laadullinen kirjallisuuskatsaus jonka tarkoituksena on lisätä tietoa dementoituneen potilaan hyvästä hoidosta akuutilla osastolla. Tutkimuskysymykset on jaettu kahteen eri osa-alueeseen. Ensimmäisen tutkimuskysymys kartoittaa mitkä tilanteet laukaisevat muistisairaahan kärsimyksen akuutilla osastolla ja toinen tutkimuskysymys antaa neuvoja kuinka hoitaja voi lievittää tätä kärsimystä. Opinnäytetyössä käytettiin Katie Erikssonin näkemystä kärsimyksestä. Erikssonin mukaan kärsimyksen voi jakaa kolmeen eri ryhmään: sairaudesta johtuvaan kärsimykseen, hoidosta johtuvaan kärsimykseen sekä elämästä johtuvaan kärsimykseen. Opinnäytetyön menetelmä on laadullinen deduktiivinen sisältöanalyysi. Sisältöanalyysissä käytettiin kolmeatoista tieteellistä artikkelia sekä yhtä kirjaa. Aineisto analysoitiin kärsimysnäkökulmasta jotta saataisiin selville mitkä tilanteet voivat aiheuttaa jotakin yllä mainituista kärsimyksen muodoista dementoituneilla potilailla akuutilla osastolla. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tuloksista muodostui yhteensä 129 kategorisointilauseetta jotka yhdistettiin seitsemääntoista kategoriaan. Kategorisointilauseet jakautuivat seuraavasti: 16,8 % sairaudesta johtuvaan kärsimykseen, 62,79 % hoidosta johtuvaan kärsimykseen sekä 20,93 % elämästä johtuvaan kärsimykseen. Sairaudesta johtuvaa kärsimystä aiheuttaa sekavuus, muut somaattiset ja psyykkiset tilat, lääkitys, dementiaan liittyvät oireet sekä kipu. Hoidosta johtuvaa kärsimystä aiheuttaa kommunikaatio, hoitosuhde, rajoittaminen, hoitajien asenteet, potilaan poissulkeminen, ei-kokonaisvaltainen hoito sekä hoitajien tiedonpuute. Elämänkärsimys aiheutuu kommunikaatiosta, muuttuneesta elämäntilanteesta, loukatusta identiteetistä ja potilaan taustoista. Toiseen tutkimuskysymykseen etsittiin vastauksia analysoidusta materiaalista. Tuloksissa tulee ilmi että potilaan kärsimystä voidaan lievittää käyttäytymisen muutosten hoidolla, lisäämällä hoitajien koulutusta sekä parantamalla hoitajien asenteita potilaita kohtaan, järjestämällä aktiviteetteja potilaille, kotoisamman sairaalaympäristön luomisella sekä henkilökeskeisellä hoidolla.</p>	
Avainsanat:	Dementia, kärsimys, akuutti osasto, muistisairaus
Sivumäärä:	38
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	21.4.2015

# INNEHÅLL

<b>1</b>	<b>INLEDNING .....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>STUDIENS SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>BAKGRUND.....</b>	<b>7</b>
3.1	Begrepp .....	8
3.2	Vanligaste orsakerna till demens i Finland.....	9
3.3	Beteendeförändringar förknippade med minnessjukdom.....	12
3.4	Orsaker till jourbesök bland äldre .....	13
<b>4</b>	<b>ETIK .....</b>	<b>13</b>
<b>5</b>	<b>TEORETISK REFERENSRAM.....</b>	<b>14</b>
5.1	Lidandet.....	14
5.1.1	<i>Sjukdomslidande</i> .....	14
5.1.2	<i>Vårdlidande</i> .....	15
5.1.3	<i>Livslidande</i> .....	16
<b>6</b>	<b>METOD .....</b>	<b>17</b>
6.1	Systematisk litteraturstudie .....	17
6.2	Innehållsanalys.....	17
6.2.1	<i>Kvalitativ innehållsanalys med deduktivt tillvägagångssätt</i> .....	18
6.3	Litteratursökning .....	18
<b>7</b>	<b>PROCESS OCH RESULTAT .....</b>	<b>20</b>
7.1	Processen.....	20
7.2	Första forskningsfrågan.....	21
7.2.1	<i>Sjukdomslidande</i> .....	21
7.2.2	<i>Vårdlidande</i> .....	23
7.2.3	<i>Livslidande</i> .....	27
7.3	Andra forskningsfrågan .....	29
<b>8</b>	<b>DISKUSSION .....</b>	<b>32</b>
<b>9</b>	<b>KRITISK GRANSKNING OCH AVSLUTNING .....</b>	<b>34</b>
	<b>KÄLLOR.....</b>	<b>36</b>
	<b>BILAGA 1</b>	
	<b>BILAGA 2</b>	
	<b>BILAGA 3</b>	
	<b>BILAGA 4</b>	

# 1 INLEDNING

Minnessjukdomar är ofta långvariga och kan pågå från några år upp till tiotals år. Efter diagnosen har flera av de insjuknade ännu många år med god livskvalitet. I dagens Finland strävas det efter att de som insjuknat i minnessjukdom skall kunna bo i det egna hemmet så länge som möjligt med stöd av den kommunala hemvården och allt färre skall skickas in på långvårdsavdelningar.

Ersättandet av anstaltsvård med hemvård och effektiverat serviceboende ökar troligtvis på åldringarnas besök på jourerna. Enbart problem i hemmet kan leda till att åldringen besöker jouren även om det inte skulle vara frågan om ett akut insjuknande. Det går direkt att förutspå hur ofta den åldrande befolkningen kommer att söka sig till jouren, genomsnittet ökar hand i hand med åldern: över 90-åringarna gör tre gånger så många besök i jämförelse med 70–74-åringarna (Haapamäki et al. 2014).

Den finska befolkningen blir allt äldre vilket betyder att åldringarnas andel av jourpatienterna ökar (Kunnat 2014). Enligt en studie som gjorts för Tammerfors gemensamma jour Acuta är var femte av jourpatienterna över 75-åringar. Största delen av patienterna kommer från hemmet och serviceboende. Hälften (50,3 %) av patienterna skickas vidare till fortsatt vård (Haapamäki et al 2014). Enligt THL:s statistik var andelen minnesjuka på hälsovårdscentralernas kortvårdsavdelningar 27,8 % i hela landet år 2013. (THL 2015)

Vårdandet av en minnessjuk patient är inte lätt, speciellt då tiden är knapp och det finns många andra patienter att beakta. Minnessjuka patienter ställer mycket krav på vårdpersonalens professionella kunskap. Vårdaren skall kunna se patienten som en individ med en historia, inte enbart som en patient med ett akut problem som snabbt skall vårdas för att skickas vidare. I detta examensarbete kommer olika problem och lösningar framställas om hur lidande kan uppkomma och hur vårdaren kan lindra detta lidande på en akutavdelning.

## 2 STUDIENS SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Det har forskats mycket inom vården av minnessjuka patienter. Dessa forskningar har oftast fokuserat på långtidsavdelningar eller hemvården där största delen av patienter med minnessjukdomar vårdas. Flera av forskningarna fokuserar på hur man kan leva ett gott liv med minnessjukdom t.ex. med hjälp av olika terapimetoder så som musikterapi, konditionsgrupper, minnesstunder osv. Då det är frågan om en akutavdelning måste man försöka hitta andra tillvägagångssätt eftersom resurserna inte räcker till. Respondenten har valt att se på forskningsfrågorna ur en akut synvinkel.

Avsikten med studien är att kartlägga de största problemen i att vårda en minnessjuk patient på en akutavdelning samt att hitta konkreta lösningar till hur vårdaren kan lindra lidandet hos de minnessjuka patienterna.

Arbetets frågeställningar kan delas in i två huvudteman:

1. Kartläggning av vilka situationer som kan aktivera en minnessjuk patients lidande
2. Hur kan vårdaren lindra lidandet

Studiens syfte är att öka kunskapen om en god vård av dementa patienter på en akut sjukhusavdelning. Eftersom det är frågan om ett examensarbete för vårdprogrammet på yrkeshögskolenivå läggs det mera vikt på de åtgärder som vårdaren kan vidta då patienten uttrycker lidande.

## 3 BAKGRUND

Minnessjukdomar kan räknas som en folksjukdom i Finland. Var tredje av alla över 65-åriga uppger att de har upplevt svårigheter med minnet. Årligen upptäcks 13 000 nya fall av minnessjukdomar på demensnivå. I Finland finns det 120 000 personer vars kognitiva förmåga har försämrats samt 35 000 personer med lindriga och 85 000 personer med medelsvåra demenssymtom. Det uppskattas att bland den arbetsföra befolkningen lider mellan 7000-10 000 personer av en framskridande minnessjukdom. Trots det förblir en stor del av minnessjukdomarna odiagnostiserade (Käypä hoito 2010).

I detta kapitel behandlas centrala begrepp för examensarbetet, de vanligaste fortskridande minnessjukdomarna i Finland, de mest typiska beteendeförändringar förknippade med minnessjukdomar samt ges det en liten inblick i varför äldre söker sig till jouren för vård. Detta hjälper läsaren att förstå orsakerna till varför minnessjuka patienter senare påträffas på akuta avdelningar.

### 3.1 Begrepp

Nedan finns en samling centrala begrepp för att göra det lättare att följa med i arbetet. Alla begrepp har inte officiella definitioner utan de förklarar vad respondenten syftar på i detta arbete.

Ordet *de-mentia* från grekiska betyder utan sinne, utan själ. Demens har beskrivits som ”begravning utan slut”, ”förlust av själv” och ”död före död” (Norberg & Zingmark 2014 s. 43). Med *demens* menas ett tillstånd där personens intellektuella funktioner och hjärnfunktioner har försämrats och således begränsar personens sociala och professionella förmågor. Demens kan förorsakas av olika sjukdomar i det centrala nervsystemet, förgiftning, mediciner samt brist på vissa näringsämnen men är inte i sig en sjukdom. Det kan vara fortskridande, stannande eller återgående (Huttunen 2014, Sulkava et al. 1989). Demens kan uppträda på många olika vis men de mest typiska sätten för demens att yttra sig är; svårigheter att minnas, att förstå eller hitta ord, upprepade frågor om samma sak, oförmåga att identifiera tid eller plats, förändrad personlighet och beteende, svårigheter att följa instruktioner och klara dagliga rutiner, inlärd färdigheter och saker försvinner ur minnet (Alzheimer centralförbundet 2013). WHO (1992) har klassificerat demensen i tre olika svårighetsgrader. I det första milda stadiet försämrar de kognitiva färdigheterna för att klara de alldagliga sysslorna men ändå inte så mycket att personen blir beroende av andra. I det andra medelsvåra stadiet har de kognitiva förmågorna försämrats så att personen behöver hjälp och assistans med det dagliga livet, ex. ekonomi och matuppköp. I hemmet klarar personen endast av att sköta de enkla sysslorna självständigt. I det tredje svåra stadiet har de kognitiva funktionerna förtvinat så att personen är fullständigt beroende av andra.



*Akutavdelning: kortvårdsavdelning.* En avdelning där akuta medicinska problem vårdas. Patienten går vidare till hemmet eller en hemmaliknande miljö efter vårdperioden.

*Minnessjuk:* I detta arbete syftas det på en person med tillfällig eller framskridande demens. Oftast är det frågan om en äldre person. Alkohol, droger och läkemedel kan också förorsaka demens.

*Beteendeförändring:* Tidigare kallades dessa för ”beteendestörningar”, ”störande beteende” och ”avvikande beteende” men detta anses nuförtiden vara olämpligt eftersom ordet har en negativ klang och är fördomsfullt (Skovdahl & Kihlgren 2014). Därför har respondenten också valt att använda sig av den mera neutrala termen beteendeförändring i examensarbetet.

### **3.2 Vanligaste orsakerna till demens i Finland**

De vanligaste framskridande minnessjukdomarna i Finland är Alzheimers sjukdom, vasikulär demens, Lewykroppsdemens, Parkinson med demens samt frontotemporal demens. Det finns också demenssjukdomar förorsakade av alkohol – och drogmissbruk men de behandlas inte närmare i detta examensarbete. I följande stycke kommer de vanligaste minnessjukdomarna i Finland att behandlas närmare.

#### **Alzheimers sjukdom**

Alzheimers sjukdom är en fortskridande minnessjukdom som degenererar hjärnan. Det är den vanligaste sjukdomen som förorsakar demens. Bland alla som lider av demens har 80 % Alzheimers sjukdom, en del i kombination med andra hjärnsjukdomar så som störningar i blodcirkulationen. Risken för Alzheimers sjukdom ökar med åldern - bland under 65-åringar är sjukdomen ovanlig, men uppskattningsvis lider upp till en femtedel av över 85-åringarna av Alzheimers sjukdom. (Juva 2013)

Det första och mest betydelsefyllda symptomet i Alzheimers sjukdom är minnessvårigheter. Speciellt närminnet försämras och den insjuknade har svårigheter att lära sig nya saker. Så småningom försämras funktionsförmågan, den insjuknade har svårigheter att

klara av de alldagliga sysslorna och till sist försvinner tal- och rörelseförmågan. Det tar ca tio år från de första symptomen tills personen avlider av sjukdomen. (Juva 2013)

## **Vaskulär demens**

Vaskulär demens, också kallad för blodkärlsdemens, är den näst vanligaste minnessjukdomen och den förorsakas av olika störningar i hjärnans blodcirkulation. I bakgrunden kan det finnas många olika typer av cirkulationssjukdomar så som hjärninfarkt, hjärnblödningar och syrebrist i den vita substansen i hjärnans djupa delar (Atula 2012). Typiska symptom är nedsatt initiativförmåga, svårigheter att planera och utföra saker, personlighetsförändringar samt gångsvårigheter (Svenskt Demenscentrum 2008). Det är typiskt för sjukdomen att funktionsförmågan snabbt försämras. Bland över 85-åringar påträffas vaskulär demens hos 15 %. Från att sjukdomen börjar tar det ca 8 år tills den insjuknade avlider, de vanligaste dödsorsakerna är hjärt- och hjärninfarkter (Sulkava et al. 1994 s. 33).

## **Lewykroppsdemens**

Lewykroppsdemens står för 2 – 20 % av demensfallen, sjukdomen är sannolikt underdiagnostiserad. (Svensk Demenscentrum 2008) 5 % av över 75-åringarna lider av Lewykroppsdemens då man räknar med blandformer, dvs. demens med drag av flera sjukdomar, av demens (Erkjuntti & Rinne 2013). Det är oklart vad som orsakar Lewykroppsdemens. Typiska drag vid Lewykroppsdemens är synhallucinationer och nedsatt uppmärksamhetsgrad med påtaglig trötthet. Symptomens grovhet kan variera dagligen. Sjukdomen framskriden långsamt i början och minnesstörningar framkommer ofta först i ett senare stadium av sjukdomen (Svensk Demenscentrum 2008). Det tar ca åtta år från diagnosen tills patienten avlider (Erkjuntti & Rinne 2013).

## **Parkinson med demens**

Parkinsons sjukdom orsakas av brist på signalsubstansen dopamin. De första symptomen är motoriska och kan vara darrningar, ledstelhet och hasande rörelser. Demens av parkinsons typ utgör 1,2 - 3 % av demensfallen (Svenskt demenscentrum 2008). Sannolikheten att drabbas av demens är 4 - 6 gånger högre än hos normalbefolkningen och 60 - 70 % av Parkinson patienterna har uppvisas ha minnessjukdomar i uppföljning av sjukdomen. (Erkjuntti & Rinne 2013) Risken av att få demens av Parkinsons typ påverkas av hur länge man haft sjukdomen, hög ålder, sjukdomens svårighetsgrad samt tidigt uppkommande minnesstörningar. (Svenskt demenscentrum 2008) I Finland finns det ca 3000 personer med Parkinson demens. Typiska störningar som uppkommer i samband med Parkinsons sjukdom är försämring av initiativförmågan, personlighetsförändring, synhallucinationer, paranoia och omåttlig trötthet på dagarna. (Erkjuntti & Rinne 2013)

## **Frontotemporal demens (frontallobsdemens)**

Det finns fyra olika typer av frontotemporal demens; frontallobsdegeneration av icke-Alzheimer typ, progressiv afasi (drabbar först språket) och Picks sjukdom (vanligast). Vid frontotemporal demens förtvinar nervceller, framför allt i hjärnans pannlob och främre delen av tinningloberna. Typiskt är också att frontotemporal demens bryter ut tidigt, redan i 45-65-års åldern. Frontotemporal demens misstas ofta som depression, psykos eller annan psykisk ohälsa. Diagnosticeringen är svår då de typiska demenssymptomen framträder först i ett senare skede av sjukdomsförloppet. (Svenskt demenscentrum 2008)

**Frontallobsdemens** är den vanligaste formen och omfattar ca hälften av frontallobsdegenerationerna. Denna typ står för 5 % av de fortskridande demenssjukdomarna och 10 % av demenssjukdomarna hos den arbetsföra befolkningen. Sjukdomen framträder ofta i 45- 65-års åldern och varar genomsnittligen i åtta år. (Erkjuntti & Remes 2013)

**Progressiv afasi** å sin sida börjar i en tidigare ålder än Alzheimers sjukdom, ca hälften är under 65-åringar. Sjukdomen börjar smygande och framskrider långsamt. De insjuknade har svårigheter med satsbildning och att komma på ord. (Erkjuntti & Remes 2013)

**Picks sjukdom** liknar mycket Alzheimers sjukdom och därför är det ibland svårt att kliniskt skilja åt sjukdomarna. Prognosen för sjukdomen är densamma som för Alzheimers sjukdom. Sjukdomen bryter ofta ut tidigare än Alzheimers och det förekommer mer frekvent i släkten. Det uppskattas att en av femtio Alzheimers patienter har Picks sjukdom. (Sulkava et al. 1989 s. 69)

**Semantisk demens** bryter oftast ut i 50–70-års åldern och 75 % av de drabbade är under 65-åringar. Sjukdomen börjar dolt och fortskrider långsamt så som progressiva afasin. Personen förlorar så småningom förmågan att producera meningsfullt tal, att ge namn åt föremål samt orsaka problem med att förstå. (Erkjuntti & Remes 2013)

### **3.3 Beteendeförändringar förknippade med minnessjukdom**

I samband med att en demenssjukdom utvecklas förändras också ofta personens beteendemönster (Skovdahl & Kihlgren 2014 s. 287-288). Så gott som varje person som har demens visar i något skede av sjukdomsloppet psykiska förändringar eller beteendeförändringar som försämrar funktionsförmågan, försvårar det dagliga livet och kan leda till farliga situationer (Leinonen & Alanen 2008). Det kan vara frågan om ökad oro och aggressivitet samt också nedstämdhet och apati. Denna typ av beteendeförändringar benämns BPSD, *beteendemässiga och psykologiska symptom vid demens* (Skovdahl & Kihlgren 2014 s 287-288). De mest typiska beteendeförändringarna är depressivitet, apati, orolighet, ångest, vandring, paranoia, förändring av personligheten och störningar i sömnrhythmen (Alzheimer centralförbundet 2014). Leinonen & Alanen (2014) nämner också som typiska beteendeförändringar agitation (ångest som uttrycks som motorisk orolighet), aggression (verbal eller fysisk), vanföreställningar, synvillor och upprepade ljud. Aktuella psykotiska symptom har ca var tredje dement person men deras kumulativa förekomst är upp till 80 % under hela tiden med demenssjukdomen (Ballard et al. 1997).

### **3.4 Orsaker till jourbesök bland äldre**

Enligt en studie av Haapamäki et al. (2014) vars syfte var att kartlägga över 70-åringars besök till jouren Acuta i Tammerfors är den vanligaste orsaken till att åldringar söker sig till jouren illamående och trötthet. Över hälften (50,6 %) av över 70-åriga patienterna skickades till fortsatt vård antingen till universitetssjukhus eller stadens akutsjukhus. Vid förflyttningsskedet var de tio allmännaste diagnoserna (täcker sammanlagt ca en fjärdedel av alla diagnoser) illamående och trötthet, flimmer eller flutter, pneumoni, hjärtsvikt, yrsel och svindel samt buksmärta.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att det bör kommas ihåg att åldringarnas minnessjukdomar ofta är en kombination av många olika sjukdomar, t.ex. kombination av hjärninfarkt och Alzheimers förändringar i hjärnan. Även om minnessjukdomar oftast drabbar äldre personer framkommer de också bland yngre människor. Varför speciellt de äldre patienterna lyfts fram i detta examensarbete är att de tar upp nästan en tredjedel av alla bäddplatser på de akuta avdelningarna och det kan sägas att alla som arbetar inom vården oundvikligen kommer att träffa på äldre dementa patienter.

## **4 ETIK**

God vetenskaplig praxis måste följas under examensarbetsprocessen. I högskolan Arcada har det förbundits att följa vissa etiska riktlinjer som den etiska delegationen utformat. Till god vetenskaplig praxis hör bl.a. att man är noggrann och omsorgsfull i presentationen av materialet. Materialet som används i detta arbete möter kriterierna för ett examensarbete och är vetenskapligt baserat. Materialet finns noggrant presenterat i examensarbetets bilagor. Hänsyn har tagits till andras arbeten samt till att inte plagiera eller på annat sätt fuska under arbetets gång. (Arcada 2014)

## 5 TEORETISK REFERENS RAM

Lidandet kan förorsakas av olika orsaker då det kan vara frågan om både fysiskt och psykiskt lidande. I detta examensarbete används Erikssons tre former av lidande som teoretisk referensram. Dessa kommer att presenteras utgående i följande kapitel.

### 5.1 Lidandet

Människor uttrycker sitt lidande på olika sätt, oftast utan ett språk för att förklara och uttrycka det man verkligen erfar. Lidandet omvandlas till en form som kan uttryckas på ett mera begripligt sätt. Lidande kan uttryckas som smärta, ångest eller något annat fysiskt uttryck som kan observeras av den utomstående. Detta är ett mera acceptabelt och hanterbart fenomen som kan godkännas av omvärlden. (Eriksson 1994 ss 38-39)

Lidande som påträffas inom vården kan delas in i tre olika former, som redogörs för närmare nedan, enligt Eriksson (1994 s. 83):

1. *Sjukdomslidande*. Det lidande som upplevs i relation till sjukdom och behandling
2. *Vårdlidande*. Det lidande som upplevs i relation till själva vårdsituationen.
3. *Livslidande*. Det lidande som upplevs i relation till det egna unika livet – att leva och att inte leva. Insikten om den absoluta enskildheten och därmed ensamheten.

#### 5.1.1 Sjukdomslidande

Sjukdomslidande förknippas starkt med smärta, men smärta och lidande är inte synonymer (Eriksson 1994 s. 83). Sjukdomslidande kan delas in i två kategorier, kroppslig smärta samt själsligt och andligt lidande. Den kroppsliga smärtan kan förorsakas av sjukdomen och behandlingen och erfars oftast av människan som en helhet, inte enbart kroppsligt. Då människan erfar ett starkt kroppsligt lidande koncentreras en stor del av uppmärksamheten till detta (Eriksson 1994 s 83 - 84). Det själsliga och andliga lidandet förorsakas av människans negativa känslor i relation till sin sjukdom eller behandling. Dessa känslor kan vara förnedring, skam- och skuldkänslor. Känslorna kan erfaras av

patienten själv men också förorsakas av en fördömande attityd av vårdpersonalen. (Eriksson 1994 s. 84) Denna typ av lidande är starkt förknippat med vårdlidande som behandlas i nästa stycke.

### **5.1.2 Vårdlidande**

Vårdlidande kan delas in i fyra olika teman och är det minst kända fenomenet inom vårdlitteraturen. Ensamhet, bekymmer, osäkerhet, väntan samt rädsla för överraskningar kan ge upphov till lidande. Den första och vanligaste formen av vårdlidande är kränkning av patientens värdighet och människovärde. Detta innebär att frånta patientens möjlighet att helt och fullt vara människa vilket vidare minskar patientens möjlighet att använda sina innersta hälsoresurser. (Eriksson 1994 s. 87)

Det andra övergripande fenomenet inom vårdlidande är fördömelse och straff. Fördömelse bygger på uppfattningen att vårdarens uppgift är att avgöra vad som är rätt eller fel med tanke på patienten. Vårdaren har en uppfattning om hur ”idealpatienten” borde vara och de patienter som inte håller sig innanför dessa ramar kan få känslan av fördömelse. Patientens självbestämmanderätt bör aldrig glömmas, patienten har friheten att välja själv. Fördömelse och straff hör ofta ihop, ett sätt att straffa är att inte ge karitativ vård och att nonchalera patienten. Det kan i all enkelhet betyda att vårdaren låter bli att göra något litet för patienten eftersom denne uppfattar att patienten är ansträngande. (Eriksson 1994 s. 91)

Maktutövning är det tredje fenomenet inom vårdlidande. Utövande av makt kan åstadkomma lidande för den andra. I maktutövning berövar vårdaren patientens frihet då denna tvingar patienten att göra handlingar som man inte skulle välja av fri vilja. Detta kan ske både direkt och indirekt. Då vårdaren inte tar patienten på allvar är det ett sätt att utöva makt. Att utöva makt inom vården kan också innebära att man utför handlingar med patienten som de egentligen inte fysiskt eller psykiskt orkar med. Att direkt utöva makt kommer omedelbart till synes då vårdaren med tvång utövar vissa vårdhandlingar med patienten. Inom indirekt maktutövning kan det handla om vårdarens attityder gentemot patienten då denna tvingar patienten att handla mot sin vilja. (Eriksson 1994 s 91- 92)

Det sista och fjärde fenomenet handlar om utebliven vård eller icke-vård. Utebliven vård kan bero på bristande förmåga att se och bedöma vad patienten behöver. Det finns många olika former av utebliven vård, allt från små förseelser och slarv till direkt medveten vanvård. Icke-vård är en vård där man eventuellt inte utför vård eller där den vårdande dimensionen saknas. Detta har ofta grunden i grundhållningen och i upplevelsen av motivet till att vårda. Utebliven vård innebär alltid en kränkning av människans värdighet och är även ett sätt att utöva makt över en maktlös (Eriksson 1994 s. 92 - 93).

### **5.1.3 Livslidande**

Livslidande relaterar till allt vad som innebär att leva, att vara människa bland andra människor. Livslidande kan innebära allt från hot mot ens totala existens till en förlust av möjligheten att fullfölja olika sociala uppdrag. Då patienten blir sjuk rubbas det självklara livet och tas ifrån en (Eriksson 1994 s. 93). Att bära på känslor om att dö och hot av förintelse är ett enormt lidande. Också att inte bli sedd är ett sätt att förintas. Då människan plötsligt blir tvingad till en förändrad livssituation, exempelvis efter intagning på sjukhus, strider det mot det naturliga och människan behöver tid för att finna ett nytt meningssammanhang. Människan som tidigare upplevt sig hel kan plötsligt känna sig som om identiteten som hel människa plötsligt blir upplöst och man blir en massa delar med ett upplöst inre. Att inte orka och att ge upp hoppet då patienten inte orkar kämpa inför en hopplös situation påträffas ofta inom vården. Den allra djupaste formen av livslidande är ändå kärlekslösheten, som i värsta fall kan förinta och döda människan. (Eriksson 1994 s. 94)

Lidandets grundtanke är att man inte känner sig hemma, man är inte relaterad till sig själv, till andra, till viktiga saker och aktiviteter samt naturen eller Gud. Lidandet är alltså en holistisk konstruktion med många dimensioner bestående av fysiska, psykiska, existentiella och andliga dimensioner (Norberg & Zingmark 2014 s 39 - 40).



## **6 METOD**

Vid val av metod är det viktigt att fundera på vilken typ av material som analyseras och med vilken typ av metod man kan få det bästa och mest tillförlitliga resultatet ur det analyserade materialet. För detta examensarbete är en kvalitativ litteraturstudie med deduktiv kvalitativ innehållsanalys en lämplig metod. I det kommande stycket presenteras innehållsanalysen som forskningsmetod samt materialinsamlingsprocessen.

### **6.1 Systematisk litteraturstudie**

Vid en systematisk litteraturstudie samlas det in sekundärdata, d.v.s. data som producerats av någon annan än den som utför litteraturstudien (Jacobsen 2007 s. 114). Då sekundärdata används i en litteraturstudie är det svårt att veta hur vetenskaplig den valda texten är. Ifall intervjuer utförs i arbetet, d.v.s. primärdata, kan informationen ofta kontrolleras bättre. Vid sekundärdata är det inte alltid möjligt att ta reda på vem som samlat in informationen, vilka metoder som använts eller hur informationen har samlats in. (Jacobsen 2007 s. 115-116)

I litteraturstudien finns enligt Jacobsen (2007) fyra olika kategorier som den som utför studien följer. Kategorierna är problemställning, undersökningsuppläggning, datainsamling och analys. Dessa olika kategorier kan under studiens gång förändras och bearbetas eftersom alla är knutna till varandra och påverkar varandra. Detta ger också ett öppnare sätt till att utföra studien. (Jacobsen 2012 s. 50)

### **6.2 Innehållsanalys**

Innehållsanalys som forskningsmetod innebär att analysera skriven (t.ex. artiklar) och verbal kommunikation (t.ex. intervjuer). Med innehållsanalys menas att man sammanställer det insamlade materialet så att det forskade fenomenet kan beskrivas enkelt och generaliserat eller att förhållandet mellan de olika forskningsfenomenen klart och tydligt

kan framställas (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001 s. 21 - 23). Innehållsanalys kan göras med antingen kvalitativ eller kvantitativ data på ett induktivt eller deduktivt tillvägagångssätt. Vilken av dessa sätt som används är beroende på studiens syfte. Innehållsanalys tillåter forskaren att testa olika teorier för att öka förståelsen av materialet. I både det induktiva och deduktiva sättet finns det tre huvudfaser i analysprocessen: förberedelse, organisering och framförande av materialet (Elo & Kyngäs 2007). Latvala & Vanhanen-Nuutinen (2001) utvidgar indelningen ytterligare till sammanlagt fem faser: val av analysenheten, genomgång av materialet, förenklande av materialet, klassificering och analys av materialet samt värdering av innehållsanalysens pålitlighet. Som Jacobsen (2012 s 50) påpekar kan kategorierna under studiens gång förändras och bearbetas eftersom de alla är knutna till varandra och påverkas av varandra.

### **6.2.1 Kvalitativ innehållsanalys med deduktivt tillvägagångssätt**

Den kvalitativa datainsamlingsmetoden lämpar sig väl för forskning inom vården. Inom vården är den mest använd inom psykiatri, gerontologi samt forskning inom hälsovården. Deduktiv innehållsanalys används då forskaren vill analysera redan existerande data i en ny kontext (Elo & Kyngäs, 2007). I den deduktiva innehållsanalysen betraktas ifall teorier eller teoretiska begrepp förekommer i verkligheten. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001 s. 24) Denna forskningsmetod lämpar sig bäst till utförandet av detta examensarbete eftersom det redan finns en teori, Katie Erikssons lidande, utifrån vilken det i litteraturen söks bevis på om teorin förekommer i verkligheten.

## **6.3 Litteratursökning**

Forskningsfrågorna i arbetet har två huvudteman. Svaret på den första frågan skall kartlägga i vilka situationer en minnesjuk patients lidande kan aktiveras. Den andra fråga är hur vårdaren kan lindra detta lidande. För den första forskningsfrågan söktes litteratur i form av nyare forskning på olika databaser.

Databaserna som användes är CINAHL/EBSCO, COCHRANE, PubMed, Science Direct, Google Scholar samt Terveysportti. Sökord som användes var olika kombinationer av

termerna *dementia*, *Alzheimer's*, *hospital*, *demens*, *sjukhus*, *muistisaira*, *sairaala*. Kriterierna för valet av artiklar var att de var publicerade under de tio senaste åren 2004-2014, var på språken finska, svenska engelska eller tyska, var peer-reviewed samt så skulle full text vara tillgänglig på Arcadas bibliotek. Västerländska artiklar prioriterades eftersom vårdkulturen närmare liknar den finska.

Utöver databaserna har respondenten använt sig av den s.k. snöbollseffekten. Detta betyder att man i redan funnet material granskar källorna och letar fram material som man kan ha nytta av i den egna forskningen. Där användes bland annat författarnas namn samt termer, exempelvis *dignity* och *suffering*, ur de redan funna artiklarna som sökord. Därtill söktes det också direkt efter hänvisade artiklar men de var i många fall inte tillgängliga i full text. Sammanlagt hittades 14 artiklar som var lämpliga för innehållsanalysen. Databassökningen presenteras närmare i första bilagan: *tabell 1. Databassökning*.

För den andra forskningsfrågan har respondenten sökt svar i den redan funna litteraturen. Detta gjordes i samband med sökningen på svar till den första forskningsfrågan. För den andra forskningsfrågan gjordes också en manuell sökning på böcker i Arcadas bibliotek i samband med sökningen för bakgrundslitteraturen. Böcker med anknytning till demens bläddrades igenom och därifrån valdes en bok. Det fanns många böcker som handlade om demens men deras utgivningsår var för över tio år sedan så de var inte relevanta för studien. För den andra forskningsfrågan har också de finska vådrekommandationerna för minnessjukdomar av Käypä hoito (2010) använts eftersom de är de mest aktuella då det är frågan om vård i Finland.

Alla valda artiklar finns presenterade i bilagans tabell 2. *Presentation av artiklarna*. Där presenteras författarna, artikelns namn, utgivningsåret, utgivningslandet, studiens syfte, metod och databasen där artikeln är hittad. För den första forskningsfrågan användes 11 av de valda artiklarna som finns presenterade i tabell 3. *Kategoriseringen*. Den andra forskningsfrågan inkluderar alla 14 av de valda artiklarna, som finns presenterade i tabell 2. *Presentation av artiklarna* (se bilaga nr 2 & 3).

## 7 PROCESS OCH RESULTAT

I detta kapitel presenteras processen och resultaten av den kvalitativa innehållsanalysen utgående från de två forskningsfrågorna. I den första delen kartläggs vilka situationer som kan aktivera en minnessjuk patients lidande och i den andra delen betraktas det vilka metoder som finns för vårdaren att lindra lidandet.

### 7.1 Processen

Eftersom det är frågan om ett deduktivt förhållningssätt där man går från teori till empiri (Jacobsen 2012 s 72) har det utgått från Erikssons tre dimensioner av lidande, sjukdomslidande, vårdlidande samt livslidande. Dessa är således huvudkategorierna i examensarbetet.

Till en början har alla artiklar lästs omsorgsfullt igenom. Samtidigt har det med olika färgs markeringspenna gjorts översträckningar i texten, det vill säga färgkodning, för att skilja år citat från den första och andra forskningsfrågan. För forskningsfråga ett har respondenten sedan sökt citat i forskningarna som beskriver olika situationer som kan orsaka lidande. Citaten förenklades i kortare faser som är lättare att bearbeta. Dessa fraser har samlats in i bilaga 3, *Tabell 3. Kategorisering* Därefter har fraserna grupperats in i de tre olika dimensionerna av lidande. Då fraserna grupperats söktes likheter mellan fraserna för att göra större helheter. Detta presenteras i bilaga 4, tabell 4. *Gruppering av kategorierna*.

För forskningsfråga två har respondenten försökt hitta lösningar i litteraturen på vilket sätt vårdaren kan lindra det lidande som dessa situationer utlöser. På detta sätt kan den första forskningsfrågan ses som problemsituationer samt svaren på den andra forskningsfrågan som rekommendationer för hur vårdaren kan bidra till att minska patientens lidande på en akutavdelning. Forskningsfrågorna besvaras skilt för sig.

## 7.2 Första forskningsfrågan

För den första forskningsfrågan bildades det sammanlagt 129 kategoriseringsfraser som vidare delades in i 17 kategorier. Kategoriseringsfaserna fördelades på följande sätt: 16,8 % av exemplen orsakade sjukdomslidande, 62,79 % vårdlidande och 20,93 % livslidande. I tabell 3. *Kategorisering* och tabell 4. *Gruppering av kategorierna* i bilagan klargörs processen för insamlingen av det analyserade materialet tydligare.

### 7.2.1 Sjukdomslidande

Sjukdomslidande kan kategoriseras i fem olika huvudteman enligt innehållsanalysen. Dessa kategorier är *förvirring*, *andra somatiska och psykiska tillstånd*, *medicinering*, *symptom relaterade med demens* samt *smärta*. Till sjukdomslidande har tillstånd som är orsakade av sjukdom inkluderats.

#### Förvirring

Förvirring, konfusion eller delirium kan förorsakas av olika orsaker. Det kan vara en del av gruntsjukdomen, uppkomma då patienten blir intagen på sjukhus eller då patienten kommit till sjukhuset för att vårdas av medicinska orsaker. Förvirring kan uttryckas genom att patienten river ut kanyler, försöker kliva ur sängen, drar bort sårförband, tar av sig kläderna, vandrar omkring på avdelningen och vänder sig omkring i sängen. (Moyle et al. 2010) Den vanligaste orsaken till förvirring är enligt Cunningham & Archibald (2006) urinvägsinfektion. Uttorkning kan också orsaka delirium (Archibald 2006b). Följder av minnessjukdomen så som nedsatt förmåga att filtrera bort onödigt ljud kan ytterligare leda till förvirring (Cunningham 2006b).

#### Andra somatiska och psykiska tillstånd

Enligt Keady&Jones (2010) kan både depression och den fysiska hälsan innan intagning på sjukhus bidra till förekommande av sjukdomslidande. Själva sjukhusvistelsen kan också orsaka nya komplikationer som orsakar ytterligare sjukdomslidande (Cunningham&Archibald 2006). Somatiska tillstånd som kan vara en följd av minnessjukdomar är

t.ex. uttorkning, förstoppning och huvudvärk. Uttorkning kan också orsaka delirium (Archibald 2006b). Suhonen et al. (2008) nämner att andra obehandlade somatiska sjukdomar så som järnbristsanemi, blodtryckssjukdomar, kranskärslsjukdomar samt hjärninfarkt kan vara orsaken till sjukdomslidande.

## **Medicinering**

Biverkningar av mediciner kan leda till ytterligare sjukdomslidande enligt Keady&Jones (2010). Suhonen et al. (2008) hävdar att många olika lugnande, antipsykotiska samt kolinergeriska mediciner kan bidra till sjukdomslidandet.

## **Symptom relaterade med demens**

Patientens glömska som är orsakad av minnessjukdomen kan leda till att patienten blir orolig i en obekant miljö och försöker hitta hem. Den nedsatta kognitiva förmågan i samband med minnessjukdomen kan leda till att patienten missförstår den sociala, emotionella samt fysiska miljön (Cunningham 2006b). Archibald (2006a) nämner att patienten inte nödvändigtvis känner igen grundläggande känslor, så som hunger och törst, vilket i kombination med försämrade funktionsförmåga kan leda till undernäring.

## **Smärta**

Smärta i sig är en av de största orsakerna till sjukdomslidande (Keady&Jones 2010). Smärta kan både vara akut och kronisk och kan vara en följd av trauma eller en akut sjukdom. Smärta kan uttryckas som skrikande, verbal och fysisk aggression, verbal agitation och vandring bland dementa men dessa symptom förknippas inte alltid med smärta. Det kan också hända att den dementa patienten får otillräcklig smärtlindring då denne inte kan uttrycka sin smärta (Cunningham 2006a). Suhonen et al. (2008) nämner också obehandlad smärta som en vanligt förekommande orsak till sjukdomslidande.

### 7.2.2 Vårdlidande

Vårdlidande är uppenbart den allra största gruppen av orsaker till lidande hos en minnesjuk patient med 62,79 % av fallen. Kategorisering av vårdlidande var komplicerat eftersom det bestod av så många olika fraser. Därför valde respondenten att skapa färre mera generella kategorier som sedan beskrivs mer utförligt i följande stycke. Vårdlidande kan kategoriseras i *kommunikation, relationen, begränsning, vårdarnas attityder, utelämnning av patienten, icke-holistisk vård* samt *vårdarnas kunskapsbrist*.

#### Kommunikation

Kommunikation kan vara mångdimensionellt och handlar inte enbart om verbal kommunikation. Interaktion mellan vårdare och patient sågs inte som en prioritet i vårdtillfällena, ”konversation och interaktion är inte prioriteter för vårdare som är specialiserade på demens” konstateras det i forskningen av Moyle et al. (2010). Interaktionen var inte heller meningsfull (Moyle et al. 2010). Interaktionen med personalen var minimal och fokuserade mest på de fysiska behoven även om patienterna försökte uttrycka sina andra behov (Cowdell et al. 2010). I forskningen av Clisset et al. (2013) kom det fram att vårdaren avbryter interaktionen med patienten så fort som möjligt. Patienten blev också ofta ignorerad av vårdaren då denne försökte uttrycka sina känslor (Cowdell et al. 2010). I samma studie konstaterade en patient att ”människor tittar aldrig och talar aldrig med mig”, med andra ord att vårdarna bortsåg kommunikationsförsöken. Vårdarna frågade inte heller patienten direkt om t.ex. känslor av smärta (Cunningham 2006a). Patienten lämnades också utanför de egna besluten (Clisset et al. 2013). Patienten i Cowdells et al. (2010) studie konstaterar att ”jag vet inte vad som händer med mig, stannar jag här för alltid?”. Bristfällig kommunikation kan t.ex. bero på ofta varierande personal vilket vidare kan leda till att relationen mellan vårdare och patient inte hinner byggas upp (Suhonen et al. 2008). Patienten kan också ha svårigheter att förstå vem vårdaren är: patienten kan exempelvis tolka att vårdaren är en polis eller en auktoritet som försöker skada denne (Moyle et al. 2010).

## **Relationen**

Patienten kan känna sig hotad och tolka att konversationen med vårdaren är fientlig (Cowell et al. 2010). Patienten kan även misstolka vårdssituationen så att vårdaren vill skada denna och leder till patienten således blir rädd för vårdaren (Bridges&Wilkinson 2011). På grund av vårdarnas korta skift och ett stort utbyte av personal hinner inte relationen mellan patienten och vårdaren byggas upp (Clisset et al. 2013).

## **Begränsning**

I studien av Moyle et al. (2010) lyfts begränsning av patienten fram som en orsak som kan förorsaka lidande hos patienten. Aggressivt beteende förekom regelbundet då patienten begränsades antingen då personalen fysisk höll i patienten eller då patienten var fastbunden med bälte. Begränsning sågs som ett alternativt att handskas med en patient som hade kommit till den punkten där de var aggressiva och våldsamma, ”utom kontroll”.

## **Vårdarnas attityder**

Attityden gentemot den dementa patienten visade sig vara i stort sett negativa. I studien av Moyle et al. (2010) konstateras det att ”aj, det är bara en gammal person. Vad förväntar ni er? Lämna dem ifred. Bind fast dem. Ge dem medicinering. Sök inte orsaken till förvirringen” samt så stämplades de dementa patienterna till sådana som inte kan hjälpas. De dementa patienterna sågs som låg-prioritets fall. Vårdarna visade också apati gentemot att vårda den förvirrade patienten. Då vårdaren måste handskas med en aggressiva patienter uttryckte de frustration och oro. De kände att det finns viktigare saker att göra än att vårda dementa patienter. Istället för att lägga vikt på att svara på den dementa patientens behov lades det energi på att försöka förflytta patienten snabbt bort till en annan avdelning. De dementa patienterna ansågs påverka negativt på avdelningens vådrutiner. (Moyle et al. 2010) Vårdaren ansåg också att det är omöjligt att kommunicera med den förvirrade patienten (Keady&Jones 2010). Colwell et al. (2010) visar att vissa vårdare hade attityden att det är frågan om ”bara åldringsvård” och att vårdarna endast gjorde de vård handlingar som ”måste göras”. Vårdarna känner sig belastade och omotiverade i arbetet. (Bridges&Wilkinson 2011).



## Den akuta sjukhusmiljön

Den akuta sjukhusmiljön såg som ett problem för optimalt vårdande. Uppgifts-och teknologicentrerade vården inverkar positivt på utvecklingen av en vårdkultur som nedvärderar den dementa patienten eftersom de avbryter vårdrutinen. (Moyle et al. 2010) Patienterna kände att vårdtillfällen, speciellt då hygien skulle skötas, var stressande. Det fanns också mycket oljud i omgivningen så som klockor och ringande telefoner. (Cowdell et al. 2010) Patienterna fick ibland också vänta länge på vårdaren t.ex. vid måltiderna då vårdarna var upptagna med andra patienter (Archibad 2006a)

## Utelämnning av patienten

Patientens egentliga behov togs inte i beaktande utan vårdaren koncentrerade sig bara på en uppgift så som monitorering av patienten. (Moyle et al. 2010) Patienterna kände bl.a. att vårdarna inte hjälpte till med den personliga hygien tillräckligt. Vårdarna gjorde ibland också handlingar som patienten inte skulle ha velat göra. Detta belyses i följande exempel: Vårdaren frågar patienten: ”stiger du upp nu?”, ”alla andra patienter är redan i sina stolar, duktig flicka”. Patienten svarar ”Jag värker över allt så gör det inte för svårt.” Då patienten flyttades blev hon allt mera upprörd ända tills hon började skrika ”lämna mig ifred”. Vårdarna var också för fokuserade på den fysiska vården, de koncentrerade sig mera på att utföra korrekt vård istället för att möta patientens egentliga behov. (Cowdell 2010) Patienten kunde exempelvis vara förstoppad i flera dagar utan att någon vårdare märkte detta (Moyle et al. 2010). Patienten kan också lämnas ut ur beslutandet av den egna fortsatta vården (Bridges&Wilkinson 2011). Keady&Jones (2010) nämner i sin forskning att agitation, aggression och motstridighet bäst kan tolkas som en form av kommunikation som baserar sig på en persons ouppfyllda behov. Den dementa patienten kan inte anpassa sig så fort till förändrade situationer. Patientens behov tas heller inte i beaktande då det gäller förflyttning mellan enheter, de organisatoriska behoven prioriteras då. Till sjukhuskulturen hör också att snabbt bota patienten. (Cunningham & Archibald 2006) Både psykiska och fysiska behov även om de kunde ha åtgärdats lätt. T.ex. beskriver en anhörig till en dement patient att mammans läppar ständigt klibbade ihop då hon inte drack tillräckligt men ingen vårdare brydde sig om att torka av dem trots anhörigas upprepade uppmaningar. Därtill sågs patienterna ofta enbart som passiva mottagare av vården

istället för att ta dem med aktivt i vården. (Clisset et al. 2013) Fysiska behov så som smärta och törst behandlades inte heller (Bridges & Wilkinson 2011). Archibald (2006) nämner också i sin forskning att vårdaren kan hjälpa patienten för mycket vid måltiderna. Istället för att låta patienten äta själv genom att ex. uppmana patienten att ta i besticken kan vårdaren mata patienten helt och hållet vilket kan leda till att patientens funktionsförmåga försämras. Detta passiverar patienten.

### **Icke-holistisk vård**

I studien av Moyle et al. (2010) kommer det fram att vårdarna prioriterar exempelvis patientsäkerheten över patientens välmående och värdighet. Vårdaren är uppgiftsorienterad och saknar ett holistiskt tillvägagångssätt i vården. (Moyle et al 2010) Cowdell et al. (2010) nämner också att det mest lades vikt på den fysiska vården av patienten. Den psykiska välmåendet sågs över (Clisset et al. 2013). Avdelningens rutiner följdes hellre än att försöka bemöta den individuella patientens behov (Cowdell et al. 2010). På akuta avdelningar är det svårt att ge vård som värdesätter personligheten och som är personcentrerad. Patienten saknar aktiviteter på avdelningen, en anhörig beskriver i studien av Clisset et al. (2013) att det inte fanns någon musik på avdelningen, det var dödstyst, det fanns ingenting, inte ens en TV på avdelningen, och inget annat ljud så alla var bara uttråkade. Dementa patienter vårdas inte, får inte medkänsla och bemöts inte med värdighet och respekt. Kvaliteten av vården av dementa patienter är dålig på akutsjukhus. Vårdare känner sig osäkra inför komplexa arbetsuppgifter så som att förhandla med någon som inte vill ta sin medicinering, eller som motsätter sig att bli tvättad o.s.v. Det kan leda till att vårdaren undviker kontakt med patienten och endast koncentrerar sig på de fysiska behoven. (Bridges & Wilkinson 2011) Vårdarna kan också se vården under måltiderna (matandet) som en uppgift som skall utföras istället för att lägga mera vikt på betydelsen av måltiden i hela vården (Archibald 2006a).

### **Vårdarnas kunskapsbrist**

Vårdaren fokuserar på att behandla beteendestörningarna istället för att ta reda på vad det är som orsakar dem. Vårdaren pratar inte respektfullt till patienten utan använder baby-språk som kan ses mycket nedvärderande för patienten. Vårdare som saknar självsäkerhet

och kunskap i växelverkan med dementa kan inte fullgående känna igen patientens biomedicinska behov t.ex. hur de bäst kan hjälpa patienten att äta och dricka rätt. (Dridges & Wilkinson 2011) Vårdarna har inte fått tillräckligt med utbildning inom demensvården och känner exempelvis inte igen symptomen på uttorkning. (Archibald 2006b) Patienten kan också vara förstoppad flera dagar utan att någon vårdare märker detta (Moyle et al. 2010). I Cunningham & Archibalds studie (2006) kommer de fram till att vårdare som jobbar på akuta avdelningar inte har tillräckligt kunskap om demens eftersom det under utbildningen mera fokuseras på det biomedicinska perspektivet. Suhonen et al. (2008) lyfter också fram att den utbildade personalen saknar kunskap inom demensvården. Kunskapsbrist kan t.ex. leda till att patienten får fel sorts näring. Vårdaren känner inte till patientens favoriträtter utan bjuder på mat som patienten ogillar. (Archibald 2006a) Vårdaren handlar inte på ett personcentrerat proaktivt sätt för att fylla de primära behoven hos en patient så som hunger, törst, inkontinens, värmereglering och orolighet. Vårdarna använder sig också lite av sensoriska metoder i våden så som musik, dofter eller beröring för att förbättra det psykiska välmående hos patienten. (Clisset et al. 2013) Vårdarna saknar säkerhet i deras vårdande och visar obehag då patientens psykosociala behov skall beaktas (Cowdell et al. 2010).

### 7.2.3 Livslidande

Livslidande är den näst största kategorin inom lidande. Det bildades fyra huvudkategorier av fraserna som är *kommunikation, förändrad livssituation, kränkt identitet samt bakgrunden*. Till livslidande hör allt som innebär att leva och att vara människa.

#### Kommunikation

Då patienten har svårigheter att uttrycka sig exempelvis p.g.a. följer av minnessjukdomen kan det leda till lidande då denne inte får sin vilja uttryckt. I artikeln av Cowdell et al. (2010) beskrivs följande exempel: En patient som hade begränsad talförmåga blev nödställd då hon tvättades. Vårdaren skulle beröra henne då patienten svarade ”gör det inte, gör det inte”. Vårdaren förklarade vad hon skulle göra åt patienten då patienten sade ”det gör ont, det gör ont”. Då patienten tvättades blev denna nödställd och sade

”det är mycket hårt nu, det är hårt, det är hemskt”. Patientens försök att kommunicera misstolkades också ofta. (Cowdell et al. 2010)

## **Förändrad livssituation**

Den största orsaken till livslidande är intagning på sjukhus. Sjukhuset är en obekant miljö och det är en stor stressfaktor att tas in dit. Patienten glömmer var denna befinner sig och försöker mållöst hitta hem. Patienten bombarderas ständigt med ny information och möts av nya människor. Förflyttning mellan enheterna ökar ytterligare på den dementa patientens desorientation. (Cunningham 2006b) Den dementa patienten kan vara rädd för den främmande miljön. Den akuta sjukhusavdelningen uppfyller inte patientens komplexa behov vilket kan ha negativa följder på patientens livskvalitet. (Bridges & Wilkinson 2011) Att patienten inte har möjlighet till några personliga bekanta föremål på avdelningen kan ha en mycket stor inverkan på patientens jag. (Clisseet et al. 2013)

## **Kränt identitet**

Då en vårdare konstant övervakar patienten för att försäkra dennes säkerhet aggraverar det patienten ännu mera efter som denna förlorat kontrollen över sitt personliga revir. (Cunningham 2006b) På en akutavdelning är det svårt att ge personcentrerad vård. Den dementa patienten objektifieras, ses inte som en person, infantiliseras, får inte bekräftelse, hotas samt stigmatiseras. I vårdaktiviteten där patienten inte tas med i handlingen behandlas patienten som ett objekt. Då patienten inte har möjlighet till några personligaföremål förloras den egna identiteten. (Clisset et al. 2013) Orsaker till att förlorandet av identiteten efter intagning på sjukhus är då patienten förlorar kontakten till vem den är, de anhöriga samt de dagliga rutinerna. Patienterna kan inte använda sina egna kläder, kallas inte vid de namnet som de är vana vid och måste anpassa sig till främmande sjukhusrutiner. (Bridges & Wilkinson 2011)

## **Patientens bakgrund**

Enligt Keady & Jones (2010) har den individuella biografin samt de psykosociala faktorerna en inverkan på människans lidande. Patientens fysiska, psykiska samt sociala

miljö spelar också en roll. Då inomhusluften är het och torr (fysisk miljö), personen är agiterad och rädd (psykisk miljö) och då omgivningen inte kan tolka den dementa patientens förmågor (social miljö) kan det orsaka lidande hos människan.

### **7.3 Andra forskningsfrågan**

För den andra forskningsfrågan, har det sökts svar i samma artiklar som för forskningsfråga ett, i en bok samt de finska vårdrekommendationerna för vård av minnessjuka. Eftersom så många av den första forskningsfrågans kategorier överlappar varandra och det är svårt att ge konkreta exempel till alla problem som behandlas i den första forskningsfrågan, har det valts att göra kategorier som bäst motsvarar en akutavdelnings behov. Dessa kategorier är *behandling av beteendeförändringar, vårdarnas utbildning och förbättring av attityder, aktiviteter, sjukhusmiljön samt personcentrerad vård*.

#### **Behandling av beteendeförändringar**

Den främsta behandlingen för beteendeförändringar är den riktiga medicineringen mot minnessjukdomen. Psykosmediciner behövs ofta för tillfälliga depressionssymptom och vid grova symptom av orolighet och psykoser. Psykosmediciner hjälper ändå inte bl.a. till följande beteendeförändringar: vandring, samlande av saker, oändamålsenlig på- och avklädning, skrikande, ätande av föremål, hypersexualitet samt skadande av sig själv. (Käypä hoito 2010) Psykosmediciner bör användas enbart så kort tid som möjligt mot de symptom som de bevisligen inverkar på. Dessa symptom är hallucinationer, vanföreställningar samt stark orolighet. Vårdtiderna på akuta avdelningar är korta så uppföljningen av psykosmedicinens inverkan blir ofta bristfällig. (Leinonen & Alanen 2008) Antipsykotiska mediciner har många biverkningar så som neddämpning, parkinsonism, uttorkning, lunginfektioner, försnabbad kognitiv försämring, hjärninfarkt samt död. På grund av biverkningarna kan patientens livskvalitet försämrans (Stephens et al. 2014) Enbart kortvarig användning av psykosmediciner rekommenderas för behandling av beteendestörningar. (Leinonen & Alanen 2008)

Patienternas orolighet och aggressivitet kan i många fall också bero på smärta. Då är det viktigt att se till att en patient som inte kan uttrycka sin smärta får tillräckligt medicinering. Behandlingen av förvirring är specifik och skall riktas mot de identifierade utlösande faktorerna. (Skovdahl & Kihlgren 2014 s. 289) Rent konkret kan det alltså sägas att då patienten har urinvägsinfektion skall infektionen behandlas. (Cunningham & Archibald 2006)

### **Vårdarnas utbildning och förbättring av attityder**

Nyckeln till att förstå vad som rör sig i en dement persons huvud ligger i kunskap och erfarenhet av demensvården. Akutsjukhus samt vårdare som är involverade med demens sägs inte vara väl förberedda för de utmaningar som demensvård medför. (Stephens et al. 2014) En stor del av orsakerna till lidande som kom fram i svaren av forskningsfråga ett var på grund av vårdarnas okunskap. Vårdpersonalens utbildning har visats ha positiva effekter på personalens attityder, beteende och belåtenhet vilket leder till bättre resultat i vården. Förutom vårdarnas utbildning skall utbildningen sträcka sig till hela organisationen för att de dementa patienternas värde på sjukhus skall höjas. (Moyle et al. 2010) Kommunikation mellan vårdarna och diskussion om patienterna är också nödvändigt för att uppnå en god vård. På så sätt kan vårdarna lära sig av varandra om vad som fungerar med den individuella patienten samt så lär sig vårdaren känna igen patientens behov. (Bridges & Wilkinson 2011) Vårdaren skall ha en omtänksam och flexibel attityd gentemot de dementa patienterna, vårdaren skall också tro att den dementa i alla skeden kan kommunicera effektivt med rätt stöd. Då vårdaren lär sig att integrera hjärnans förstånd med hjärtats förstånd får denna hjälp med att reflektera över den vård som hon eller han ger. (Cowdell 2010)

### **Aktiviteter**

Andra behandlingsmetoder än antipsykotiska mediciner mot beteendeförändringar innefattar inte-medicinska terapier. Det tar ändå oftast länge innan resultat uppnås. (Stephens et al. 2014) Till examensarbetet har det valts att använda en artikel som behandlar musik eftersom det känns som ett relativt lätt medel att kunna utnyttja på en akutavdelning.

Sihvonen et al. (2014) nämner i sin studie att tilläggning av musiklyssnande i den ordinarie rehabiliteringen minskar på dementa patienters beteendeförändringar. Musik ökar koncentrationsförmågan, höjer humöret, minskar på förvirring och ångest hos patienten samt förbättrar minnets funktion. Tidigare musikhobby spelar inte heller någon roll på musikens rehabiliterande verkan. Kortvarigt dagligt lyssnande av musik förbättrade avsevärt motoriken samt de kognitiva funktionerna. Sång förbättrade dementa patienters korttidsminne samt det emotionella välmående. Då den minnessjuka patienten ofta är förvirrad är det svårt att fokusera koncentrationen. Lindringen av beteendestörningar kan bero på att musiken upptar patientens uppmärksamhet. Musik som väcker minnen fungerar som lugnande medel, aktiverar det parasympatiska nervsystemet samt dämpar det sympatiska nervsystemet. (Sihvonen et al. 2014)

Till aktiviteter hör också att ta patienten med i vården och aktivera i de dagliga sysslorna. Detta kan exempelvis innebära att vårdaren verbalt eller manuellt hjälper patienten vid måltiderna. (Archibald 2006a) Stimulerande aktiviteter förbättrar humöret, minskar på beteendeförändringar och förbättrar livskvaliteten. Aktiv motionering (oberoende i vilken form) verkar förbättra den andliga funktionsförmågan, kommunikationsförmågan, humöret och funktionsförmågan i alla stadier av demens. Ergoterapeutisk handledning ökar på avklarandet av de dagliga sysslorna samt minskar på beteendestörningarna. (Suhonen et al. 2008) För patienten kan det vara viktigare att en vårdåtgärd är angenäm än att den är rätt utförd. (Clisset et al. 2013)

## **Sjukhusmiljön**

På sjukhus fråntas patienterna sin identitet och speciellt dementa patienter kan lätt känna sig borttappade då de inte vet var de är. Patienten saknar föremål som ger trygghet samt som skulle bevara identiteten. Då patienten kan ha personliga saker så som fotografier vid sin plats så stärker detta patientens identitetskänsla, ger ett bra samtalsämne åt vårdaren vilket stärker kommunikationen mellan patienten och vårdaren samt så påminner de vårdarna om att den dementa också är en person med historia. Användning av patientens förnamn hjälper också. (Clisset et al. 2013)

Den ideella vårdmiljön för en dement skulle vara ett lugn, organiserad men ändå bjuda på tillräckligt stimuli. Detta är dock svårt att åstadkomma på en akut miljö. Då kan det vara bra att fästa uppmärksamhet vid belysningen och skyltningen (exempelvis WC). (Cunningham 2006b)

## **Personcentrerad vård**

Personcentrerad vård har lyfts fram som det ideella tillvägagångssättet vid vård av dementa patienter. Modellen är ändå utvecklad för långtidsboende vilket medför problem vid tillämpning på en akutavdelning. Målet med personcentrerad vård är att patientens personlighet respekteras oberoende av kognitiv nedsättning. För att den dementa patienten skall få sin personlighet erkänd skall denna känna bundenhet, delaktighet, identitet, vara sysselsatt samt trygghet. (Clisset et al. 2013)

För att vårdaren skall kunna vårda den dementa patienten effektivt måste dennas livshistoria kännas till. För detta räcker att vårdaren är genuint intresserad och frågar patienten om exempelvis tidigare yrke eller familjen. (Archibald 2006a) Den minnessjukas autonomi samt självbestämmanderätt skall respekteras så länge som möjligt. (Suhonen et al. 2011) Patientens levnadssätt och bakgrund skall värnas om samt de sociala kontakterna uppehållas. (Käypä hoito 2010)

Ur vårdperspektivet är det viktigt att försöka förstå orsakerna och bakgrunden till olika beteenden. Beteendeförändringar kan vara relaterat till sjukdomen i sig, till en nedsatt förmåga att uttrycka sig verbalt eller som en reaktion på en stökig miljö. Det skall inte uteslutas att det också kan vara frågan om ett uttryck för fysisk eller känslomässig smärta (Skovdahl & Kihlgren 2014 s 287-288).

## **8 DISKUSSION**

Avsikten med studien var att kartlägga de största problemen i att vårda en minnessjuk patient på en akutavdelning samt att hitta lösningar till hur vårdaren kan lindra lidandet



hos de minnessjuka patienterna. Detta gjordes som en litteraturstudie över aktuella forskningar i ämnet och forskningsfrågorna besvarades med hjälp av olika vetenskapliga artiklar, finska vårdrekommendationer samt en bok.

För den första forskningsfrågan bildades 17 olika kategorier inom sjukdomslidande, vårdlidande samt livslidande. Det är inte lätt att dra gränsen mellan dessa tre eftersom de ibland överlappar varandra. Den första forskningsfrågan visade också överraskande resultat över fördelningen av lidandets uppkomst hos minnessjuka patienter. 2/3 av lidande förorsakas av vårdlidande vilket betyder att det finns stora luckor både i vårdarnas kunskap och motivation. Redan under sjukskötarens grundutbildning borde det fästas mera uppmärksamhet vid vården av dementa patienter eftersom studerande redan vid den första praktiken oftast stöter på denna patientgrupp.

Bemötandet av en dement patient är alltid krävande, men detta betonas ännu mera då vårdkontaktarna är kortvariga på en akutavdelning. Relationen hinner inte bildas och patienten kan vara misstrogen mot vårdaren. Det att vårdarnas attityder gentemot den dementa patienten är så negativa inverkar på patientens hela vård. Själva sjukdomslidandet beror mest på symptom förorsakade av minnessjukdomen och är inte nödvändigtvis beroende av intagningen på sjukhus. Orsaken till livslidande är däremot i högsta grad intagning på sjukhus, det innebär att man förlorar sin identitet. Till livslidandet kan delvis också höra kategorier ur vårdlidandet eftersom det handlar om att inte bli sedd och accepterad som människa.

Över huvud taget kan man säga att många av de situationer som förorsakar någon typ av lidande i den dementa patienten går att lindras genom att enbart finnas där för patienten. Det behövs inga större trix än vad en patient i forskningen av Bridges & Wilkinson (2011) konstaterar:

*”Se vem jag är, prata med mig, involvera mig”*

Även om det inte ännu har hittats en sjukdomsbromsande behandling för demenssjukdomar har kunskapen och intresset ökat för dessa under de senaste årtiondena. Detta har

medfört en ökad förståelse, bättre bemötande och bättre vård i helheten. Ännu finns det ändå mycket som kan utvecklas och forskas i.

## 9 KRITISK GRANSKNING OCH AVSLUTNING

Idén till valet av ämnet föddes då jag själv arbetade på en avdelning där det fanns ett flertal dementa patienter. Jag fick en känsla av att jag inte vet tillräckligt om vården av denna patientgrupp och ansåg att jag skrivandet av examensarbetet då också kan vara väldigt lärorikt för mig själv.

Skrivandet kom snabbt i gång och man kan säga att det nästan fanns ett överflöd av forskning av demens och de var således svårt att välja vad allt som skulle inkluderas. Valet av artiklar var inte lätt eftersom det visade sig att det är svårt att hitta tillräckligt specifika artiklar. Eftersom demens är en långvarig sjukdom forskas det mest i hur patienterna kan klara sig i hemmiljö samt i vårdanstalter. Forskningar som specifikt berörde akuta avdelningar fanns det bara ett fåtal av. I många av de valda artiklar behandlades demens och problematiken av dess vård på ett väldigt utbrett sätt vilket ledde till att den första forskningsfrågans resultat slutligen blev mycket större än förväntat. Resultatet av den andra forskningsfrågan måste också tillämpas till en akutavdelning då det inte annars skulle ha funnits tillräckligt med material. Tyvärr kunde inte heller alla litteratursökningens artiklar användas eftersom de inte fanns tillgängliga i full text. Detta kan ha en inverkan på det slutliga resultatet.

Om jag nu skulle börja om skrivandet skulle jag försöka göra forskningsfrågorna mera specifika. Nu fanns det så mycket att välja på att det tidvis kändes som om jag inte skulle få något grepp om ämnet. Vad som gäller metodvalet tyckte jag att en litteraturstudie var lämplig, men ifall det skulle ha funnits mera tid skulle en intervjustudie också ha varit ett bra alternativ.

Jag anser ändå att jag dokumenterat kategoriseringsprocessen så noggrant att mina resultat är tillförlitliga så det kan sägas att arbetet är vetenskapligt. Jag medger att resultaten kan ha blivit påverkade av min egen åsikt. Speciellt vid kategoriseringsfasen för den

första forskningsfrågan och valet av kategorierna till den andra forskningsfrågan skulle det ha varit bra att ha någon att bolla idéer med. Jag är medveten om att den andra forskningsfrågan inte besvarades lika utförligt som den första, men detta beror på att ämnet då skulle ha blivit allt för stort. Jag accepterar att skrivandet är en process och forskningsfrågorna har ändrats under skrivandet. Eftersom det är frågan om ett beställningsarbete till en akutavdelning anser jag det ändå lämpligt att jag besvarat den andra forskningsfrågan i enlighet med avdelningens behov

Kritik som kan ges åt arbetet är att litteraturen endast analyserades i enlighet med Katie Erikssons tre dimensioner av lidande. Ifall den teoretiska referensramen inte skulle ha styrt arbetet kunde mera innovativa grupperingar ha bildats. Tabellerna valdes att utelämnas ur arbetet eftersom de blev så stora att de skulle ha stört läsandet, däremot finns de tillgängliga i bilagan. Respondenten är medveten om att figurer kunde ha kompletterat beskrivningen av resultatet, men p.g.a. tekniska problem kunde dessa inte tillföras.

Idéer för kommande examensarbeten kunde vara att ta reda på orsaker varför så många dementa patienter lider av vårdlidande samt hur man kunde förhindra detta.

Resultaten av examensarbetet presenterades på den uppdragsgivande avdelningen. Personalen förhåll sig positivt till arbetet och ansåg att de kan ha nytta av resultaten. Det som gläder respondenten är att kommunikationen mellan vårdarna genast sattes igång efter presentationen i form av en livlig diskussion om hur vården av de dementa patienterna kunde förbättras på avdelningen.

## KÄLLOR

Alzheimer Centralförbundet. 2013. Tillgänglig: <http://www.muistiliitto.fi/se/muistiliitto/minnesstoringar-och-demens/> Hämtad: 22.1.2015

Alzheimer Centralförbundet. 26.9.2014. Tillgänglig <http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairauksien-oireisto/muutokset-kayttaytymisessa/> Hämtad 22.1.2015

Arcada. 2014, God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada. Tillgänglig: [http://studieguide.arcada.fi/webfm\\_send/481](http://studieguide.arcada.fi/webfm_send/481). Hämtad 1.3.2015

Archibald C. 2006a, Meeting the nutritional needs of patients with dementia in hospital. *Nursing Standard* 20, 45, s 41-45

Archibald C. 2006b, Promoting hydration in patients with dementia in healthcare settings. *Nursing standard*, 20,44, s 49-52.

Atula, Sari. 29.3.2012. *Tietoa potilaalle – Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaus)*. Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti.

Ballard C.G., O'Brien J.T., Coope B, Wilcock G. 1997, Psychotic Symptoms in Dementia and the Rate of Cognitive Decline. *American Geriatric Society*. 45: s 1031-1032

Bridges J. & Wilkinson C. 2011, Achieving dignity for older people with dementia in hospital. *Nursing Standard*. Vol 25 no 29 s 42-49

Clisset P. et al. 2013, The Challenges of achieving person-centered care in acute hospitals: A qualitative study of people with dementia and their families. *International Journal of Nursing Studies*- Vol 50 s 1495-1503

Cowdell et al. 2010, Care of older people with dementia in an acute hospital setting. *Nursing standard*. Vol 24 no 23 s 42-48.

Cunningham & Archibald. 2006, Supporting people with dementia in acute hospital setting. *Nursing standard*. 20, 24, s 51-55.

Cunningham C. 2006a, Managing pain in patients with dementia in hospital. *Nursing Standard*. Vol 20 no 46 s 54-58

Cunningham C. 2006b, Understanding challenging behaviour in patients with dementia. *Nursing Standard*. 20, 47. s 42-45

Elo, Satu & Kyngäs, Helvi; 2007. The qualitative content analysis process. Department of Nursing and Health Administration, University of Oulu, *Journal of Advanced Nursing* 62 (1),s. 107-115

Erkjuntti T. & Remes, A. 2013. Otsa-ohimolohkorappeuma. Terveysportti. Lääkärikirja Duodecim. Tillgänglig: [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00884&p\\_haku=muistisairaudet](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00884&p_haku=muistisairaudet) Hämtad: 20.1.2015

Erkjuntti T. & Rinne J. 17.6.2013. *Parkinsonin taudin muistisairaus ja Lewyn kappale-tauti*. Terveysportti. Lääkärikirja Duodecim. Tillgänglig: [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00884&p\\_haku=muistisairaudet](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00884&p_haku=muistisairaudet) Hämtad: 20.1.2015

Haapamäki E. et al. 2014, *Iäkkäät päivystyksen käyttäjinä. 70 vuotta täyttäneiden tamperelaisten päivystyskäynnit vuonna 2011-2012*. Suomen Kuntaliitto. Helsinki. Tillgänglig: <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/uutisia/2014/Sivut/ikaantyneiden-paivystystarve.aspx> Hämtad: 20.1.2015

Huttunen, M. 13.9.2014. Tietoa potilaalle – Dementia. Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Tillgänglig: [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.arcada.fi:2048/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00886&p\\_haku=muistisairaus](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.arcada.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00886&p_haku=muistisairaus) Hämtad 21.1.2015

Jacobsen, Dag. 2012, Förståelse, beskrivning och förklaring. Studentlitteratur AB, Lund, 327s

Juva, Kati. 23.9.2013. Lääkärikirja Duodecim. Tietoa potilaalle – Alzheimerin tauti. Terveysportti. Tillgänglig: [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.arcada.fi:2048/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00886&p\\_haku=muistisairaus](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.arcada.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00886&p_haku=muistisairaus) Hämtad 27.1.2015

Keady & Jones. 2010, Investigating the causes of behaviours that challenge in people with dementia. *Nursing older People*. Vol 22 nr 9, s 25-29.

Kunnat.net. 10.12.2014. *Kotihoito lisää vanhusten tarvetta päivystyspalvelulle*. Tillgänglig: <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/uutisia/2014/Sivut/ikaantyneiden-paivystystarve.aspx> Hämtad 20.1.2015

Käypä hoito. 2010. Muistisairaudet. Tillgänglig: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi) Hämtad 20.1.2015

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L.. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. *Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi*. WSOY, Helsingfors. s. 21 - 23

Leinonen E. & Alanen A-M. 2008, Toisen polven psykoosilääkkeet dementian käytösoireissa. Duodecim. 2008; 124 s. 117-118

Moyle W., Borbasi S., Wallis M., Olorenshaw R., Gracia N.. 2010, Acute care Management of older people with dementia: a qualitative perspective. *Journal of Clinical Nursing* 20, s 420-428

Norberg, A. & Zingmark, K. 2014, *Att leva med långt framskriden demens*. Att möta personer med demens. Studentlitteratur AB. Lund. 2. Upplagan. s 39-40

Sihvonen A.J., Leo V., Särkämö T., Soinila S.. 2014, Musiikin vaikuttavuus aivojen kuntoutuksessa. *Duodecim* 2014; 130. s 1852-1860

Skovdal K. & Kihlgren M. 2014, *Beteenden som kan vara svåra att tolka och förstå. Att möta personer med demens*. Studentlitteratur AB. Lund. 2. upplagan. s.288-298

Stephens P., Chikh H., Keufkens H.. 2014, Prescribing of antipsychotics in people with dementia in acute general hospitals in England : 2010-2012. *European Geriatric Medicine* 5. s.394-398

Suhonen J., Rahkonen T., Juva K., Pitkälä K., Voutilainen P., Erkjuntti T.. 2011, Muis-  
tipotilaan hoitoketju. *Duodecim* 2011;127 s 1107-1116

Suhonen J., Alhainen K., Eloniemi-Sulkava U., Juhela P., Juva K., Löppönen M., Mak-  
konen M., Mäkelä M., Pirttilä T., Pitkälä K., Remes A., Sulkava R., Viramo P., Erkjuntti  
T.. 2008, Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. *Suomen  
lääkärilehti* 10/2008 63 s 9-22

Sulkava R., Erkjuntti T., Palo J.. 1989. Dementia. Tutkimus ja hoito. Gummerus kirja-  
paino oy. Jyväskylä. s 69

Sulkava, R., Eloniemi, U., Erkinjuntti, T., Hervonen, A.. 1994, *Dementia. Opas omai-  
sille ja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle*. Gummerus kirjapaino oy. Jyväskylä.  
s 33-35

Svenskt Demenscentrum. 2008. *Lewykroppsdemens*. Tillgängligt: [http://www.demens-  
centrum.se/Fakta-om-demens/Demenssjukdomarna/Lewy-body-demens/](http://www.demens-centrum.se/Fakta-om-demens/Demenssjukdomarna/Lewy-body-demens/) Hämtad  
21.1.2015

THL (Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos). 2014. Tillgänglig:  
[http://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/mu-  
istisairaat-asiakkaat-sosiaali-ja-terveyspalveluissa](http://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/mu-istisairaat-asiakkaat-sosiaali-ja-terveyspalveluissa) Hämtad: 22.1.2015

THL. 2015, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKAnet 2005 – 2013

WHO. 1992, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Diagnos-  
tic Criteria for Research*. World Health Organization, Geneve.

## BILAGA 1

*Tabell 1. Databassökning*

Databas	Sökord	Inklusions-kriterium	Antal träffar	Valda artik-lar	Datum
CI-NAHL/EBSCO	Dementia or Alzheimers; AND hospital	Full text, år 2004-2014	216	5	27.1.2015
COCHRANE	Dementia AND Hospital	Titel, abstract, keyword	14	0	27.1.2015
COCHRANE	Dementia AND Behav- iour	Titel, abstract, keyword	40	1	27.1.2015
PubMed	Dementia AND Hospital AND Behav- iour	Free full text, 5 år,	292	0	27.1.2015
PubMed	Dementia AND Hospital	Free full text, 10år	409	0	27.1.2015
Science Direct	Dementia, Hospital	Abstract, Titel, Keywords	575	1	27.1.2015
SveMed+	Demens, Sju- khus	Peer rewiev, 2005-2014, Läs online	4	0	27.1.2015
Google Scholar	Dementia, sairaala	2004-2014	1 180	1	27.1.2015
Google Scholar	Muistisairaus, sairaala	2004-2014	833	1	27.1.2015
CINAHL/EB- SCO	Dementia AND Suffer- ing	2004-2014	39	1	27.1.2015
CINAHL/EB- SCO	Dementia or Alzheimers AND nursing AND acute	2004-2014	61	1	9.2.2015
Terveysportti	Muistisairaus	-	3	1	27.2.2015

## BILAGA 2

Tabell 2. Presentation av artiklarna

Författare	År/Land	Titel	Syfte	Metod	Databas
Cowdell, F.	2010 / England	Care of older people with dementia in an acute hospital setting	Undersöka vårdarnas och patienternas upplevelse av vården av patienter med demens i en akut sjukhusmiljö	Kvalitativ studie. Datainsamlingsmetod: observation av vårdssituationer och intervjuer med patienter och vårdare.	CINAHL/ EBSCO
Bridges Jackie & Wilkinson Charlotte	2011/ England	Achieving dignity for older people with dementia in hospital	Att öka kunskapen om hur vårdarna kan öka värdigheten av äldre patienter med demens i ett sjukhus genom att hjälpa vårdarna att reflektera över deras vårdhandlingar.	Kvalitativ studie. Datainsamlingsmetod: Litteraturoversikt.	CINAHL/ EBSCO
Cunningham, Colm & Archibald, Carole	2006/ England	Supporting people with dementia in acute hospital settings	Öka kunskapen om demografiska förändringar som måste beaktas vid försörjningen av akut vård för patienter med demens.		CINAHL/ EBSCO
Wendy Moyle, Sally Borbasi, Marianne Wallis, Rachel Olorenshaw och Natalie Gracia	2010/ Australien	Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective	Studien forskar vården av personer med demens i en akut sjukhusmiljö	Datainsamlingsmetod: intervjuer med 13 vårdare som jobbar på medicinska- eller kirurgiska avdelningar på South East Queensland Australia Hospital.  Design: kvalitativ deskriptivt tillvägagångssätt	CINAHL/ EBSCO
Cunningham, Colm	2006 / England	Understanding challenging behavior in patients with dementia	Att öka förståelsen av utmanande beteende hos patienter med demens		CINAHL/ EBSCO
Suhonen J.,Rahkonen T., Juva K., Pitkälä K., Voutilainen P., Erkjuntti T.,	2011/ Finland	Muistipotilaan hoitopolku	Att presentera den minnessjuka patientens vårdsteg i det Finländska hälsovårdssystemet.	Litteraturoversikt.	Snöbollseffekten



<b>P. Stephens, K. Chikh, H. Leuffkens</b>	2014/ England	Prescribing  Of antipsychotics  in people with dementia in acute general hospitals in England:  2010–2012	Syftet med forskningen är att beskriva användningen av antipsykotiska läkemedel hos patienter med demens mellan åren 2010-2012 i 34 akuta allmänna sjukhus i England för att förstå de kliniska och sociodemografiska faktorerna för användningen av dem.	Kvantitativ studie. Data samlades in från sjukhusens egna databaser.	Science Direct
<b>Suhonen J, Alhainen K, Eloniemi-Sulkava U, Juhela P, Juva K, Löppönen M, Makkonen M, Mäkelä M, Pirttilä T, Pitkälä K, Remes A, Sulkava R, Viramo P, Erkinjuntti T</b>	2008/ Finland	Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa.	Att presentera praktiska evidensbaserade rekommendationer för tidig diagnos, behandling och omvårdnad av dementa patienter.	Litteraturöversikt.  Artikeln är gjord för Finlands Alzheimers forskningscentrum.	Google Scholar
Sihvonen A.J. et al	2014/ Finland	Musiikin vaikuttavuus aivojen kuntoutuksessa	Artikeln ämnar påvisa vilken inverkan musik har på rehabiliteringen av hjärnan.	Litteraturöversikt	Terveysportti
<b>Clisett P., Porock D., Harwood R.H., Gladman J.R.F.</b>	2013/ USA & England	The challenges of achieving person-centered care in acute hospitals: A qualitative study of people with dementia and their families	Studiens syfte var att undersöka vilka metoder det finns som potentiellt kunde upprätthålla personligheten hos äldre vuxna med demens.	Kvalitativ undersökning. Datainsamlingsmetoden bestod av 72h observation på en vårdavdelning samt 30 intervjuer av 29 patienter som var kognitivt nedsatta.	Snöbollseffekten
<b>Archibald C.</b>	2006/ England	Promoting hydration in patients with dementia in healthcare settings	Artikeln syfte är att öka vårdarnas kunskap över vården av uttorkade patienter med demens.	Litteraturstudie.	Snöbollseffekten.
<b>Cunningham C.</b>	2006/ England	Managing pain in patients with dementia in hospital	Artikeln syfte är att presentera vårdarens roll i identifieringen och behandlingen av smärta hos en patient med demens.	Litteraturstudie.	Snöbollseffekten
<b>Cunningham C.</b>	2006/ England	Meeting the nutritional needs of patients with dementia in hospital	Artikeln ämnar förklara vikten av god nutrition för en patient med demens samt hur vårdaren kan förverkliga detta.	Litteraturstudie.	Snöbollseffekten

## BILAGA 3

Tabell 3. Kategoriseringsfraser

Artikelkod (bokstav) och artikel	Kartläggning av vilka situationer som kan aktivera en minnessjuk patients lidande	Kategoriseringsfraser
A Moyle et al. 2010, Acute care Management of folder people with dementia: a qualitative perspective. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 20, s 420-428	Konfusion/förvirring. Akut eller kronisk. Kategoriserades i tre olika kategorier: 1) Åldringar med långt fortskriden demens som visar sig som konfusion och tidvis agitation och aggression. 2) Åldringar som har milda kognitiva svårigheter. Då patienterna skickas till sjukhuset blir dessa människor akut förvirrade med eller utan agitation och aggression. 3) Åldringar med tidigare förekommen eller akut påbörjad konfusion som har kommit till sjukhuset för att vårdas av medicinska orsaker.	Patienten har akut eller kronisk konfusion (A)
	"... de kan riva bort kanylerna... försöka kliva ut ur sängen... riva bort sårförband... ta av sig kläderna... de kan vandra omkring på avdelningarna... snurra omkring i sängen..."	Patienten har akut eller kronisk konfusion (A)
	Aggressivt beteende förekom regelbundet då patienterna begränsades antingen då personalen fysiskt höll i patienten eller då patienterna var fastbundna med bälte.	Patienten begränsas (A)
	Vårdarna uttryckte sin frustration och oro för att måste handskas med aggressiva patienter. De kände att det finns viktigare saker som de kunde göra och visade negativa attityder mot personer med demens.	Vårdarna frustrerade och oroliga (A)
		Vårdarna kände att det finns viktigare saker att göra (A)
	Brist på prioritering av dementa patients behov. "De dementa patienterna stämplas bara till patienter som inte kan hjälpas." "Patienter med demens ses som låg-prioritets fall".	Vårdarna fördomsfulla (A)
	Den akuta miljön ses som ett problem för optimalt vårdande. Säkerheten blev en prioritet för vårdarna. Detta ledde till onödig monitorering av patienter istället för att lägga vikt på grundvård och meningsfull interaktion som kan hjälpa till att minska på aggressiva utbrott.	Den akuta miljön (A)
		Fel prioritering av vårdbehovet (A)
		Brist på grundvård och meningsfull interaktion (A)
	Brist på personcentrerad vård och ändamålet att bevara värdigheten. "...Inte låta de dementa patienterna vara bakom stängda dörrar på toaletten för att samtidigt som privatheten sparar värdigheten kan de också vara ett tillfälle för patienterna att skada sig eller falla omkull... riva ut kanyler..."	Opersoncentrerad vård (A)
		Fel prioritering av vårdbehovet (A)
		Patientens otrygghet (A)
	Istället för att vårdarna fokuserade på att svara på en dement patients behov fokuserade de på hur de kan förflytta patienten till en annan avdelning.	Vårdarens vilja att flytta bort den ansträngande patienten(A)
	Lite interaktion mellan patienten och vårdaren. Vården var mycket uppgiftsorienterad och fokuserade inte på att möta den dementa patientens psykosociala behov. "Konversation och interaktion är inte prioriteter för vårdare som är specialiserade på demens." "Det är trevligt om de växelverkar på något sätt men mera essentiellt är uppgiften att hålla patienten trygg och andra patienterna trygga från patienten om denna är aggressiv."	Lite interaktion mellan patienten och vårdaren (A)
		Dålig växelverkan mellan vårdare och patient (A)
	"Patienten kan vara förstoppad i flera dagar men ändå har vårdarna inte märkt det."	Vårdaren känner inte igen patientens behov (A)
	Då en vårdare konstant är på plats aggraverar det patienten ännu mera eftersom de nu har mist sitt personliga område. "... så patienten försöker komma ifrån dem... de misstolkar vem personen bredvid dem är och försöker komma bort från dem... är det en polis eller en auktoritet... som försöker skada dem."	Patientens personliga område överskrids (A)
		Patienten förstår inte vem vårdaren är (A)
	Begränsning såg som ett alternativ att handskas med en patient som hade kommit till den punkten där de var aggressiva och våldsamma, "utom kontroll".	Begränsning av patienten (A)

	”[Deras attityd är] aj, det är bara en gammal person. Vad förväntar ni er? Lämna dem ifred. Bind fast dem. Ge dem medicinering. Sök inte efter orsaken till förvirringen.”	Vårdarnas negativa attityder (A)
		Fördomsfull attityd gentemot den dementa patienten (A)
	Vårdarna visade apati mot att vårda patienter som troddes lida av kronisk förvirring.	Vårdarens negativa attityder (A)
	Vården var uppgiftsorienterad och saknade meningsfull interaktion och ett holistiskt tillvägagångssätt mot vården.	Vårdaren uppgiftsorienterad (A)
		Icke-meningsfull interaktion (A)
		Icke-holistisk syn på vården (A)
	Patientsäkerheten går före patientens välmående och värdighet.	Fel prioritering av vården (A)
<b>B</b> Cowdell et al. 2010, Care of older people with dementia in an acute hospital setting. <i>Nursing standard</i> . Vol 24 no 23 s 42-48.	Patienterna kände att vårdarna inte hjälpte till med den personliga hygienien tillräckligt. Dessa tillfällen upplevdes också stressiga.	Patientens vårdbehov uppfylls inte (B)
		Stressande vårdtillfällen (B)
	Mycket oljud i omgivningen, klockor och telefoner som ringer.	Miljön är högljudd (B)
	Vårdaren frågar patienten: ”stiger du upp nu?”, ”alla andra patienter är redan i sina stolar, duktig flicka”. Patienten svarar ”Jag värker över allt så gör det inte för svårt.” Då patienten flyttades blev hon allt mera upprörd ända tills hon började skrika ”lämna mig ifred”.	Vårdaren tar inte i hänsyn patientens vilja (B)
	Patienterna försöker uttrycka deras känslor men blir ignorerade av vårdarna.	Vårdaren ignorerar patienten (B)
	Patienterna uppfattade/tolkade många konversationer med vårdarna fientliga.	Patienten känner sig hotad (B)
	Patienterna kände sig oroliga över sin framtid och visade att vårdarna inte kommunicerade tillräckligt med dem om framtidsplanerna. ”Jag vet inte vad som händer med mig, stannar jag här för alltid? Människorna tittar aldrig och talar aldrig med mig.”	Patienterna tas inte med i beslutsfattandet (B)
		Bristfällig kommunikation (B)
	En patient som hade begränsad talförmåga blev nödställd då hon tvättades. Vårdaren skulle beröra henne då patienten svarade ”gör det inte, gör det inte”. Vårdaren förklarade vad hon skulle göra åt patienten då patienten sade ”det gör ont, det gör ont”. Då patienten tvättades blev denna nödställd och sade ”det är mycket hårt nu, det är hårt, det är hemskt”.	Vårdaren har svårigheter att förstå patienten (B)
	Patienterna upplevde sjukhustiden som en negativ upplevelse. Interaktionen med personalen var minimal och fokuserade mest på fysisk vård även om patienterna försökte uttrycka sina andra behov.	Fokusering på den fysiska vården (B)
		Interaktion mellan patient och vårdare liten (B)
	Vårdpersonalen lade liten vikt på vården som de gav. Vissa hade attityden att det är frågan om ”bara åldringsvård”. De gjorde det som ”måste göras”. Rutiner följdes hellre än att försöka bemöta den individuella patientens behov. Då vårdaren förklarade varför hon hade så bråttom att få alla patienter tvättade och påklädda sade en annan vårdare att ”de måste vara färdiga till klockan 12 så vi kan äta lunch”	Vårdarens negativa attityder (B)
		Rutinbunden vård (B)
		Vårdaren försöker inte bemöta den individuella patientens behov. (B)
	Vården fokuserar mest på patientens fysiska behov. Vårdpersonalen arbetade mot att uppnå vård som uppfattades korrekt istället för att möta patientens egentliga behov. Vårdarna saknade säkerhet i	Fokusering på de fysiska behoven. (B)
		Vårdarna möter inte patientens egentliga behov (B)

	deras vårdande och visade speciellt obehag då patientens psykosociala behov skulle beaktas.	Vårdarens syn på patienten icke-holistisk (B)
	Patienternas försök till att kommunicera blev ofta misstolkade och bortsedda.	Patientens svårighet att uttrycka sig (B)
		Vårdaren bortser kommunikationsförsöken (B)

<b>C</b> Keady & Jones. 2010, Investigating the causes of behaviours that challenge in people with dementia. <i>Nursing older People</i> . Vol 22 nr 9, s 25-29.	Agitation, aggression och motstridighet kan best tolkas som en form av kommunikation som baserar sig på en persons uppfyllda behov.	Ouppfyllda behov (C)
	Fysisk hälsa	Fysisk hälsa (C)
	Depression	Depression (C)
	Smärta	Smärta (C)
	Biverkningar av mediciner	Biverkningar av mediciner (C)
	Individuella biografin	Individuella biografin (C)
	Psykosociala faktorer	Psykosociala faktorer (C)
	Miljöfaktorer	Miljöfaktorer (C)
<b>D</b> Cunningham & Archibald. 2006, Supporting people with dementia in acute hospital setting. <i>Nursing standard</i> . 20, 24, s 51-55.	Dementa patienter kan kanske inte anpassa sig till snabba behandlingar och till en dominerande kultur av att bota patienten.	Vårdaren beaktar inte den dementa patientens behov (D)
		Resultatorienterad vård (D)
	Prioriterandet av organisatoriska problem över patientens problem, så som upprepade förflyttningar av patienten, kan resultera i sjukhusinfektioner.	Patientens behov beaktas inte (D)
	Sjukhusvistelse kan leda till komplikationer som inte har att göra med intagningsorsaken.	Sjukhusvistelsen kan leda till komplikationer (D)
	Vårdare som jobbar på akuta avdelningar har inte tillräckligt kunskap om demens. Utbildningen fokuserar mera på det biomedicinska perspektivet.	Vårdarens kunskapsbrist (D)
	Vårdaren tror inte att det är möjligt att kommunicera med patienten.	Vårdarens attityder (D)
	Den dementa patienten kan bli obefogad skrämmd och behandlad som ett barn på sjukhus.	Patienten vårdas på ett oändamålsenligt sätt (D)
	Delirium kan vara orsaken till förvirring. Nästan vilken som helst psykisk störning kan förorsaka delirium hos en sårbar person, men den vanligaste orsaken är urinvägsinfektion. Risker som associeras med delirium är <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Patientfaktorer: hög ålder, kognitiv försämring, tidigare delirium, syn-och hörselnedsättning, allvarliga sjukdomar, uttorkning, beroende av alkohol och psykofarmaka</li> <li>2) Farmakologiska faktorer: Mer än tre nya mediciner, antikolinerga mediciner</li> <li>3) Fysiska ingrepp: Användning av begränsningar (t.ex. bälte), användning av urinkateter, immobilisering, nödoperation.</li> </ul>	Förvirring av olika orsaker (D)

<b>E</b> Archibald C. 2006, Promoting hydration in patients with dementia in healthcare settings. Nursing standard, 20,44, s 49-52.	Uttorkning. Upp till en fjärdedel av äldre patienterna är uttorkade, bland de dementa är siffran troligtvis ännu större. De äldre patienterna kommer antingen inte ihåg att dricka eller så vill de inte p.g.a. inkontinens. Uttorkning kan också bero på brist på törstkänsla, svalgsvårigheter, kommunikationsproblem, fysiska begränsningar och glömska bland dementa.	Somatiska tillstånd som kan vara förorsakade av demens (E)
	Uttorkning kan vara en orsak till delirium, förstoppning och huvudvärk.	Somatiska tillstånd förknippade med demens (E)
	Vårdarna har inte fått tillräckligt utbildning inom demensvården, känner inte igen tecknen av uttorkning. Symptom kan vara: mörk koncentrerad urin, förvirring och irritation, torra ögon, svindel, torr hud och mun, huvudvärk, knapp urinutsöndring...	Vårdarna har inte tillräckligt utbildning inom demensvården för att känna igen symptom (E)
<b>F</b> Cunningham C. 2006, Understanding challenging behaviour in patients with dementia. Nursing Standard. 20, 47. s 42-45	Intagning på sjukhus	Intagning på sjukhus (F)
	Obekant omgivning	Obekant omgivning (F)
	Minskad kognitiv förmåga kan leda till att dementa patienter missförstår den sociala, emotionella och fysiska miljön	Nedsatt kognitiv förmåga (F)
	Oförmåga att filtrera bort onödigt larm	Förvirring (F)
	Att handskas med stressen av intagning på sjukhus	Intagning på sjukhus (F)
	Trauma från att bli flyttad från en enhet till en annan	Förflyttning mellan enheter (F)
	Att bli bombarderad med ny information och obekanta människor	Främmande människor (F)
		Patienten kan inte anpassa sig till en förändrad situation (F)
	En obekant miljö som leder till att patienterna glömmar var de är och de försöker hitta hem.	Patienten känner sig borttappad (F)
<b>G</b> Cunningham C. 2006, Managing pain in patients with dementia in hospital. Nursing Standard. Vol 20 no 46 s 54-58	Akut och kronisk smärta, kan vara följd av trauma eller akut sjukdom.	Smärta (G)
	Skrikande, verbal och fysisk aggression, verbal agitation och vandring är ofta symptom som associeras med smärta bland dementa.	Oigenkänd smärta (G)
	Vårdarna frågar inte patienterna om smärta.	Vårdaren frågar inte patienten (G)
	Patienten kan ha svårigheter att uttrycka sin smärta.	Patienten kan inte uttrycka sig (G)
	Smärtlindringen är otillräcklig	Otillräcklig smärtmedicinering (G)

<b>H</b> Clisset P. et al. 2013, The Challenges of achieving person-centered care in acute hospitals: A qualitative study of people with dementia and their families. International Journal of Nursing Studies- Vol 50 s 1495-1503	Akuta avdelningar har svårigheter att ge vård som värdesätter personligheten och är personcentrerad	Opersoncentrerad vård (H)
		Personligheten bevaras inte (H)
	Den dementa patienten behandlas som ett objekt, patienten ses inte som en person, denne infantiliseras och är obekräftad, hotas samt stigmatiseras.	Patienten objektifieras (H)
		Patienten behandlas som ett barn (H)
		Patienten erkänns inte som en person (H)
	Vårdaren avbryter interaktionen med patienten så fort som möjligt	Avbruten interaktion (H)

		Uppgiftsorienterad vård (H)
	Relationen mellan patienterna och vårdaren hinner inte bildas eftersom skiften är korta och utbytet av vårdarna är stort.	Patienten kan inte lita på vårdaren (H)
	Patienten är oengagerad i den egna vården, får inte delta i besluten.	Patienten lämnas utanför de egna besluten (H)
	Patienten förlorar den egna identiteten, har inte möjlighet till några personliga tröstande föremål på avdelningen.	Patienten har inga bekanta föremål (H)
		Patienten förlorar den egna identiteten (H)
	Patienterna tas inte med i aktiviteterna.	Patienten objektifieras (H)
	Brist på aktiviteter på avdelningen "... det fanns ingen musik på avdelningen... det var dödstyst, det fanns ingenting, det fanns inte ens en TV på avdelningen... och inget ljud osv. Så alla var bara uttråkade..." (anhörig till en dement patient)	Patienten saknar aktiviteter (H)
	Både fysiska och psykiska behov sågs över även om de kunde ha åtgärdats lätt. "Min mammas läppar klibbade ideligen ihop eftersom hon inte drack tillräckligt. Vi (anhöriga) måste hela tiden säga 'kan någon torka av dem?'..."	Patientens behov sågs över (H)
	Vårdarna vårdade ofta patienterna som om de vore passiva mottagare.	Patienterna passiva mottagare i vårdhandlingarna (H)
	Fysiskt välmående prioriterades över psykiskt välmående	Psykiskt välmående ses över (H)
	Vårdarna handlade inte på ett personcentrerat proaktivt sätt för att fylla de primära behoven så som hunger, törst, inkontinens, värmerereglering eller orolighet.	Vårdaren uppfyller inte de primära behoven (H)
I Bridges J. & Wilkinson C. 2011, Achieving dignity for older people with dementia in hospital. Nursing Standard. Vol 25 no 29 s 42-49	Vårdarna använde sig väldigt lite av sensoriska metoder så som musik, dofter eller beröring för att förbättra det psykiska välmående hos patienten.	Vårdaren använder sig inte av alla tillgängliga hjälpmetoder (H)
	De akuta sjukhusavdelningarna uppfyller inte den dementa patientens komplexa behov. Detta kan ha negativa följder på patientens livskvalitet.	Akuta sjukhusmiljön uppfyller inte den dementa patientens behov (I)
	Kvaliteten av vården av dementa patienter på akutsjukhus är dålig	Dålig vårdkvalitet (I)
	Oro och smärta som inte behandlas kan leda till vandrande och aggressiva utbrott.	Obehandlade symptom (I)
	Vårdarna engagerar sig inte meningsfullt med dementa patienter	Vårdarna omotiverade (I)
	Dementa patienter vårdas inte, får inte medkänsla, värdighet och respekt.	Patienten får inte karitativ vård (I)
	Vårdare som saknar självsäkerhet och kunskap i växelverkan med dementa kan inte fullgäende känna igen patientens biomedicinska behov t.ex. hur de bäst kan hjälpa patienten att äta och dricka rätt.	Vårdarens kunskap bristfällig (I)
	Patienterna tas inte med i beslutet av deras fortsatta vård eller terminalvård.	Patienterna inte delaktiga i vårdbesluten (I)
	Vårdarna är omotiverade och emotionellt belastade i arbetet.	Vårdarna är belastade (I)
	Vårdarna känner sig osäkra inför komplexa arbetsuppgifter så som att förhandla med någon som inte vill ta sin medicinering, eller som motsätter sig att bli tvättad, sova om nätterna, äta, dricka eller	Uppgiftsorienterad vård (I)

	ligga tyst i sin säng Det kan leda till att vårdaren undviker kontakt med dem och att vårdaren endast koncentrerar sig på de fysiska behoven.	Vårdaren saknar förståelse (I)
	De dementa har en stor risk att förlora sin identitet då de läggs in på sjukhus. Orsaker till detta är att de förlorar kontakten till vem de är, deras anhöriga samt dagliga rutiner.	Patienten förlorar sin identitet (I)
	Patienter kan inte använda sina egna kläder, kallas inte vid det namnet som de är vana vid och måste anpassa sig till främmande sjukhusrutiner.	Patienten förlorar sin identitet (I)
	Vårdaren fokuserar på att behandla beteendestörningar istället för att ta reda på vad det är som orsakar dem.	Vårdaren reder inte ut orsaken bakom beteendestörningarna (I)
	Patienten är rädd för den främmande miljön.	Rädsla för främmande miljö (I)
	Misstolkningar, t.ex. att vårdaren vill skada den dementa patienten.	Patienten rädd för vårdaren (I)
	Obehandlat fysiskt behov så som smärta eller törst.	Patientens behov uppfylls inte (I)
	Vårdaren pratar babyspråk till den dementa	Vårdaren behandlar patienten som ett barn
<b>J</b> Suhonen et al. 2008, Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Suomen lääkärilehti 10/2008 årgång 63 s 9-22	Ofta varierande personal	Relationen mellan vårdare och patient hinner inte bildas (J)
	Kunskapsbrist bland den utbildade personalen	Vårdarna saknar kunskap (J)
	Obehandlade somatiska sjukdomar så som järnbristsanemi, blodtryckssjukdomar, kranskärslsjukdomar, hjärninfarkt	Obehandlade somatiska sjukdomar (J)
	Många olika lugnande mediciner, antipsykotiska samt kolinergiska mediciner	Flera olika mediciner (J)
	Obehandlad smärta	Obehandlad smärta (J)
<b>K</b> Archibald C. 2006, Meeting the nutritional needs of patients with dementia in hospital. Nursing Standard 20, 45, s 41-45	Malnutrition p.g.a. att avdelningens luft är het och torr, personen är ångestfylld, agiterad och rädd, personalen känner inte till patientens förmågor.	Patientens fysiska, psykiska samt sociala miljö (K)
	Vårdarnas brist på kunskap om demens kan leda till fel sorts näring.	Vårdarnas saknar kunskap (K)
	Patienter som behöver hjälp vid måltiderna får vänta länge på sin tur så måltiderna blir kalla och oaptitliga p.g.a. brådska på avdelningen.	Patienten tvingas vänta på hjälp (K)
	Dementa patienter har svårigheter att äta självständigt.	Patientens försämrade funktionsförmåga (K)
	Dementa patienter känner inte hunger/mättnad och törst.	Patienten känner inte igen grundläggande känslor (K)
	Vårdarna känner inte igen patientens behov och vilja. Vårdarna hämtar mat som patienten ogillar och patienten kan inte uttrycka detta.	Vårdaren känner inte patienten (K)
	Vårdarna ser vården under måltiderna (matandet) endast som en uppgift som skall utföras	Uppgiftsorienterad vård (K)
	Vårdaren kan hjälpa patienten för mycket vid måltiderna. Istället för att låta patienten äta själv genom att ex. uppmana patienten att ta i besticken kan vårdaren mata patienten helt och hållet vilket kan leda till att patientens funktionsförmåga försämras.	Vårdaren passiverar patienten (K)

## BILAGA 4

Tabell 4. Gruppering av kategorierna

Patienten har akut eller kronisk konfusion (A)	Förvirring	S J U K D O M S L I D A N D E
Patienten har akut eller kronisk konfusion (A)		
Förvirring av olika orsaker (D)		
Förvirring (F)		
Depression (C)	Andra somatiska och psykiska tillstånd	
Fysisk hälsa (C)		
Sjukhusvistelsen kan leda till komplikationer (D)		
Somatiska tillstånd som kan vara förorsakade av demens (E)		
Somatiska tillstånd förknippade med demens (E)		
Obehandlade somatiska sjukdomar (J)		
Biverkningar av mediciner (C)	Medicinering	
Flera olika mediciner (J)		
Nedsatt kognitiv förmåga (F)	Symptom relaterade med demens	
Symtom av grundsjukdomen (F)		
Patienten känner inte igen grundläggande känslor (K)		
Patientens försämrade funktionsförmåga (K)		
Smärta (C)	Smärta	
Smärta (G)		
Oigenkänd smärta (G)		
Otillräcklig smärtmedicinering (G)		
Obehandlad smärta (J)		



Lite interaktion mellan patienten och vårdaren (A)	Kommunikation	V Å R D L I D A N D E
Dålig växelverkan mellan vårdare och patient (A)		
Icke-meningsfull interaktion (A)		
Patienten förstår inte vem vårdaren är (A)		
Vårdaren ignorerar patienten (B)		
Interaktion mellan patient och vårdare liten (B)		
Bristfällig kommunikation (B)		
Vårdaren bortser kommunikationsförsöken (B)		
Relationen mellan vårdare och patient hinner inte bildas (J)		
Vårdaren frågar inte patienten (G)		
Patienten lämnas utanför de egna besluten (H)		
Avbruten interaktion (H)		
Patienten känner sig hotad (B)		
Patienten rädd för vårdaren (I)		
Patienten kan inte lita på vårdaren (H)		
Patienten begränsas (A)	Begränsning	
Begränsning av patienten (A)		
Vårdarna är fördomsfulla (A)	Vårdarnas attityder	
Vårdarens vilja att flytta bort den ansträngande patienten (A)		
Vårdarna frustrerade och oroliga (A)		
Vårdarna kände att det finns viktigare saker att göra (A)		
Vårdarnas negativa attityder (A)		
Fördomsfull attityd gentemot den dementa patienten (A)		
Vårdarens negativa attityder (A)		
Vårdarens attityder (D)		
Vårdarens negativa attityder (B)		
Vårdarna är belastade (I)		
Vårdarna rutinbundna och o flexibla (A)		
Den akuta miljön (A)		De akuta sju- khusmiljön
Stressande vårdtillfällen (B)		

Miljön är högljudd (B)		V
Patienten tvingas vänta på hjälp (K)		Å
Uppgifts-och teknologicentrerad vård (A)		R
Patienterna tas inte med i beslutsfattandet (B)	Utlämning av patienten	D
Vårdaren tar inte i hänsyn patientens vilja (B)		L
Patienterna inte delaktiga i vårdbesluten (I)		I
Vårdaren försöker inte bemöta den individuella patientens behov (B)		D
Fokusering på de fysiska behoven. (B)		A
Vårdarna möter inte patientens egentliga behov (B)		N
Ouppfyllda behov (C)		D
Patientens behov beaktas inte (D)		E
Vårdaren beaktar inte den dementa patientens behov (D)		
Patientens behov sågs över (H)		
Patientens behov uppfylls inte (I)		
Vårdaren passiverar patienten (K)		
Patienterna passiva mottagare i vård handlingarna (H)		
Patientens vårdbehov uppfylls inte (B)		
Fel prioritering av vårdbehovet (A)		
Brist på grundvård och meningsfull interaktion (A)	Icke-holistisk vård	
Fel prioritering av vårdbehovet (A)		
Opersoncentrerad vård (A)		
Vårdaren uppgiftsorienterad (A)		
Icke-holistisk syn på vården (A)		
Fel prioritering av vården (A)		
Fokusering på den fysiska vården (B)		
Rutinbunden vård (B)		
Resultatorienterad vård (D)		
Opersoncentrerad vård (H)		
Uppgiftsorienterad vård (H)		
Patienten saknar aktiviteter (H)		

Psyiskt välmående ses över (H)		V
Obehandlade symptom (I)		Å
Patienten får inte karitativ vård (I)		R
Dålig vårdkvalitet (I)		D
Uppgiftsorienterad vård (I)		L
Uppgiftsorienterad vård (K)		I
Patienten vårdas på ett oändamålsenligt sätt (D)		D
Vårdaren saknar förståelse(I)	Vårdarnas kunskapsbrist	A
Vårdaren reder inte ut orsaken bakom beteendestörningarna (I)		N
Vårdarna har inte tillräckligt utbildning inom demensvården för att känna igen symptom (E)		D
Vårdaren behandlar patienten som ett barn (I)		E
Vårdaren känner inte igen patientens behov (A)		
Vårdarens kunskapsbrist (D)		
Vårdarna omotiverade (I)		
Vårdarna saknar kunskap (J)		
Vårdarnas saknar kunskap (K)		
Vårdaren använder sig inte av alla tillgängliga hjälpmetoder (H)		
Vårdarens kunskap bristfällig (I)		
Vårdaren uppfyller inte de primära behoven(H)		
Vårdarens syn på patienten icke-holistisk (B)		
Vårdaren känner inte patienten (K)		

Vårdaren har svårigheter att förstå patienten (B)	Kommunikation	L I V S L I D A N D E	
Patientens svårighet att uttrycka sig (B)			
Patienten kan inte uttrycka sig (G)			
Miljöfaktorer (C)	Förändrad livssituation		
Intagning på sjukhus (F)			
Obekant omgivning (F)			
Intagning på sjukhus (F)			
Förflyttning mellan enheter (F)			
Rädsla för främmande miljö (I)			
Patientens otrygghet (A)			
Patienten har inga bekanta föremål (H)			
Akuta sjukhusmiljön uppfyller inte den dementa patientens behov (I)			
Främmande människor (F)			
Patientens personliga område överskrids (A)			Kränkt identitet
Patienten kan inte anpassa sig till en förändrad situation (F)			
Patienten känner sig borttappad (F)			
Personligheten bevaras inte(H)			
Patienten objektifieras (H)			
Patienten behandlas som ett barn (H)			
Patienten erkänns inte som en person (H)			
Patienten förlorar den egna identiteten (H)			
Patienten objektifieras (H)			
Patienten förlorar sin identitet (I)			
Patienten förlorar sin identitet (I)			
Individuella biografin (C)	Patientens bakgrund		
Psykosociala faktorer (C)			
Patientens fysiska, psykiska samt sociala miljö (K)			